

連続講座

介護保険制度と社会保障制度

- 講演録
- 参加者による研究レポート
- 先進地視察報告
- 地域支援事業(特定高齢者施策)等に係わる実施状況等調査

平成19年 3月

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター

刊行にあたって

介護保険制度は2000年4月に導入され、国民の老後における介護の不安に応える社会システムとして定着しつつあり、サービス利用は急速に拡大し、なかでも在宅サービスの利用は増大しています。平成18年度は5年ごとに行われる制度の見直しの年にあたり、新しい枠組みのもとで制度が運用されています。

今回の制度見直しの特徴は「介護予防」と「自立支援」にあります。介護予防とは、高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐことであり、また要介護状態になっていても状態がそれ以上悪化しないようにすることです。介護予防を進めることにより、制度本来の理念である自立支援の実現をめざします。

このように制度見直しの年に当たるので、当センターでは、介護保険制度に重点をおきながら「介護保険制度と社会保障制度」というテーマでゲストスピーカーを迎え、連続講座を開催しました。それぞれのゲストスピーカーの講演終了後、講師と参加者による意見交換会を実施しました。このことにより、講演を受身で聴講するだけよりも、はるかに理解度が高まるものと期待しております。

研究会開催中は、先進地視察や、大阪府内市町村に地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査を行いました。視察先の方々並びに調査にご協力いただきました市町村の方々にお礼申し上げます。また研究会の最終回には、参加者による研究テーマ別の発表会も行いました。

本書は、この講座における講演の要旨と参加者による研究レポートなどをとりまとめたものです。本書が、今後の介護保険制度を考える上での参考になれば幸いに存じます。

終わりにになりましたが、ご多忙中、ご講演いただきました講師の方々にあらためてお礼申し上げますとともに、この講座の指導助言者として、各回の意見交換や論点整理などコーディネーターをお務めいただきました澤井 勝先生（奈良女子大学名誉教授）に厚くお礼申し上げます。

平成19年3月

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
所 長 齊 藤 慎

介護保険制度と社会保障制度

目 次

第1部 連続講座講演録

- 第1回講座（平成18年6月16日実施） 3
テーマ：「改正介護保険制度と自立支援」
講 師：澤 井 勝（奈良女子大学名誉教授）
- 第2回講座（平成18年7月21日実施） 17
テーマ：「改正介護保険制度の目指すもの」
講 師：吉 田 英 二（セントケア株式会社 取締役副社長）
- 第3回講座（平成18年7月28日実施） 37
テーマ：「認知症支援についての現状」
講 師：沖 田 裕 子（大阪市社会福祉研修・情報センター）
- 第4回講座（平成18年8月4日実施） 53
テーマ：「保険者・事業者の今後」
講 師：藤 井 賢一郎（日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース客員教授）
- 第5回講座（平成18年8月18日実施） 77
テーマ：「介護予防のまちづくり～地域包括センターは何を担うのか～」
講 師：塩 見 美 抄（大阪市社会福祉研修・情報センター）
- 第6回講座（平成18年9月1日実施） 89
テーマ：「わが国の社会保障と介護保険」
講 師：堤 修 三（大阪大学大学院人間科学研究科教授）

第2部 参加者による研究レポート 113

第3部 先進地視察報告 153

第4部 地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査 181



連

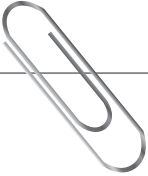
続

講

座

介護保険制度と社会保障制度

講演録



第 1 回 講 座

平成18年 6 月16日実施



テーマ：「改正介護保険制度と自立支援」

講 師：澤 井 勝

(奈良女子大学 名誉教授)

「改正介護保険制度と自立支援」

奈良女子大学 名誉教授
澤 井 勝

「介護保険制度の可能性

ー富山方式のデイハウス」

今後の介護のあり方を議論する場

おととい（平成18年6月14日）、参議院本会議で医療制度改革関連法案が成立しました。多分、再来年の4月には新しい高齢者保険制度が出てきます。都道府県ごとに広域連合が作られます。今回の医療制度改革のひとつの中心は医療費の抑制のために生活習慣病を徹底して抑えていく、その中で医療保険制度の改革、統合を行うという大きな改革です。その点で、医療制度改革も介護保険制度改革も実は方向は一つで、要するに予防です。健康を維持して財政的な負担を軽くしていくということが、これからの高齢社会にあって必須の課題ということです。

これは、市町村レベルでいっても同じことです。先ほど、介護保険料の話がありましたが、大体、全国を平均して1ヶ月4,000円ぐらいですか。これが3年後にどうなるかというと、かなり上がるでしょうから今回よりもっと説明が大変になります。という点を考えても、中心は、やはりどうやって健康な高齢者を増やすかということです。それが介護保険自体がサステナブル、維持できるかどうかのポイントだと思います。これが1万円になると、今の国民年金のようになってしまっ大変だと思います。

そういう意味では、予防というか、健康な高齢者を増やしていくというのが政策の柱であるということです。それがうまく機能するかどうか。その点では、今回の改正介護保険制度の一番のポイントは、地域包括支援センターです。それが機能しているか、あるいはするかどうかです。ですから、この研究会のテーマも幾つかありますが、要するに、そういった現在の改正介護保険制度をきちんと機能させるにはどういう点を直したらいいのかという点がポイントだと思います。人手が足りないとか、そういったポイントが幾つかありますが、最後の報告書の中でまとめて提言できればと思います。

特に介護保険というのは、最初から関わった方もいらっしゃるのに分かると思いますが、ころころ変わっていますね。方向が違ってしまふのです。第1期の介護保険のときには、社会福祉協議会などの直営での事業を基本的には全部民間に渡すという解体作業があって、それによって民間の事業者が多数、出てきたのです。今度、3期めは今度は逆に、民間のほうへ振れたものを直営のほうへ戻すという流れがあると思います。制度改革が多いということは、右に左に振れているわけです。ということは、今現在ある制度自身は絶対のものではない。どういう方向に変えていくかというここでの議論が、これからの望ましい改



革の方向を決めることもあるのです。大阪府内の市町村と府が連携して動けば、それは動くはずです。

そういう点で、この研究会は今ある介護保険制度の不具合なところ、特に利用者、それから働く側としての不具合なところを直すための議論の場です。ここでの議論で直すべき点を具体的に幾つか提案ができればということです。それは多分、今言った医療制度改革もありますし、制度改革はいろいろ進んでいますから、チャンスはたくさんあると思います。その点では、制度改革の材料をここで仕込んで情報発信ができればいいと思います。

それから、介護保険というのは非常に大きな制度なので、どこを触っても動きにくいところがあります。ですから、ポイントのところはやはり言っていかなければいけないのではないかと思います。その点は皆さんから議論を出していただければと思っています。

障害者を含めた介護

もう一つの大きな流れとして、この4月から施行された「障害者自立支援法」があり、これがまた大問題を引き起こしています。「自立支援法の名のもとに自立を阻害している」という批判が噴出しています。窓口の担当の方は相当苦労していると思います。ところで「障害者自立支援法」の一番のポイントは、利用者の自己負担を導入したことです。これを入れたのは、介護保険の中に統合する準備なのです。事実、「障害者自立支援法」については、一昨年秋ぐらいまでは、障害者も含めて介護保険の対象とするという議論が途中まで行って、それが障害者団体の反対もあって頓挫しているわけです。

ただ、今年の1月からは、日本社会事業大

学学長の京極先生が座長になって、厚生労働省の中にその問題を検討する委員会（社会保障審議会障害者部会）が置かれており、多分、年内に結論は出るでしょう。そうすると、障害者を介護保険の中に取り込んでいくという議論は、3年後に出てくると思います。要するに、介護保険の中で障害者への対応も、考えておかなければいけないのではないかと思います。事実、そうなってくると思いますし、僕はその方向は正しいのではないかと思います。

そうすると、相当大的な変化が市町村に出てくると思います。つまり、高齢福祉課では対応できなくて、それこそ介護福祉課というか、障害者を含めた介護という問題にならざるをえないし、僕はそのほうが正しいと思っているので、そのために富山方式を今日VTRで見てもらおうと思います。制度改革の先を見ると、障害者と高齢者の統合は避けられないでしょう。そのほうが望ましいのではないかとは思いますが、ただ、その辺は議論はいろいろあって、今の形のほうがいいのではないかという議論もありますし、結論が出たわけではありません。

しかし、国の施策の方向で行きますと、それは多分、相当急いでいます。特に介護保険の保険料は、現在は第1号被保険者を含め40歳以上が負担していますが、第2号被保険者（40歳から64歳）の範囲をどうするかという問題があります。被保険者の範囲を拡大するという議論です。20歳からとかいろいろあるでしょうが、保険制度の枠内で考えれば、この拡大をやらないと介護保険制度は多分もちません。つまり、今のままだと5,000円の保険料が次に8,000円になることは避けられません。だが被保険者の範囲を20歳まで下げれ

ば、第1号被保険者の保険料は半額ぐらいになるかもしれません。ですから、財政面からいって、介護保険制度を持続導入するためには幅広い年齢層の方が被保険者の中に入ってもらうというのが必須課題です。

では、一体現場でどうやればそういう問題も含めてできるのか。事業者も含めて、あるいは市民も含めて、あるいは利用者、現場職員もそういうふうに、すなわち皆さんに応分の負担をしていただけるよう説明する訓練がされているかという、そうとはいえないのではないのでしょうか。

特に地域包括支援センターというのは、介護予防のケアマネジメントで手一杯の状態なところもあり、権利擁護事業とかに手が回っていないところが多いと思います。相談事業もなかなか要求されている内容まで行かないところがあり、それをどうするかが課題になっています。実は、相談というのは総合的なものですから、いろいろなものが出てきます。それをどう広げていくのかということがポイントですから、地域包括支援センターというのは、本気でやっていけば、障害者を含めた地域の包括的な支援センターになっていくのではないのでしょうか。そのために日常生活圏の設定ということをしているわけです。利用者の生活をトータルで見て行こうというのが日常生活圏の設定の意味で、日常生活圏の中で相談を受けながら、一人の利用者の方の生活を総合的にカバーしていこうということです。ですから、高齢者だけではなく、障害者も含めてとらざるをえません。

そういう点では、実は、地域福祉計画とは非常に緊密に絡んでいるわけです。特に大阪府の場合はコミュニティ・ソーシャル・ワーカー（CSW）の設置が進んでいますから、

僕はそこがポイントになってくると思います。今日は介護保険の議論ですが、実はそういうコミュニティ・ソーシャル・ワーカーを中心にした地域福祉システムの中に障害者も含めた介護保険システムをどういうふうに位置づけていくのかが、これからの市町村の市民にとってのポイントになってきます。そういう展望の中で、3年後を見つめて具体的にはどういう点を変えたらいいのか、どういう点をポイントで許可したらいいのかという議論がある程度出てくると、かなり前向きの議論になると期待しています。

介護する、される関係から生活モデルに

地域福祉の最近の流れには幾つかありますが、一つは、介護をする、ケアをするとはなにかについての考え方が整理されてきたようです。流れとしては、「固定した介護をする、される」という関係ではなくて、どういうふうに一緒に生活をするかという流れになってきているのではないかとことです。

後で富山のデイサービスを見てもらうと分かると思いますが、ケアする、ケアされるという関係が固定しているのはよくない関係です。「介護保険法」の目的も、「障害者自立支援法」の目的も、自立支援です。自立支援というのは、つまり利用する側、サービスを活用する側が主体でなければいけないわけです。そのときに、ケアする側、される側が固定する関係は、自立を促す関係ではないのです。自立した生活というのは、介護する、介護されるという関係がいつも移動している。お互いに役割を交換しながら生活をしている。お世話を受けるだけの「生活」は依存的な生活で、自立したものではありません。そういった視点の転換が必要なので、そういう方向



まで考えなければいけないということです。

施設解体の方向へ

ついで、介護施設の改革の流れは何かというと、基本的にいえば施設解体の方向です。今度、医療制度改革で大きいのは療養型病床の圧縮です。これを3分の1にして、残りは介護福祉施設に転換するということです。療養型病床の一番の問題は、やはりそこが医療施設であることから、患者と医者という関係が固定していることです。また、療養型病床は、生活の場ではありません。シャワー室はあるかもしれませんがお風呂はありません。それから、食堂もないです。京都などを見ても、廊下にカーテンをして、そこで脱衣をしています。医療モデルからケアモデルへの転換がうまくできていないので、そこを利用されているかたは患者なのです。ですから、それは決して生活ではないので、自立支援になっていないのではないかという問題があったのです。もちろん、お金がかかるということもあります。医療施設のほうがお金がかかる、福祉施設に変えたほうがお金がかかりません。その中で、今言った療養型病床を本当は全部転換したいのだと思いますが、医師会のほうがなかなかすぐには納得しないので残したのではないのでしょうか。

さらに、施設福祉のほうでいきますと、基本的には施設福祉の解体の方向へ行っています。

例えば、この中で地域密着型など新しいものが出てきています。市町村が指定するというので、グループホームもそうですが、新しいタイプの小規模多機能型、それから夜間対応型訪問介護。地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、これらは特養を地域にば

らまいていくという考え方です。長野県の「あざれあ」や仙台市にある「せんだんの杜」など、既に積み上げられた経験や実践を取り込んだものです。

もう一つは、小規模多機能型居宅介護です。これは富山方式ではありません。高齢者だけです。ただ、多機能の中身が「訪問」「泊まり」を組み合わせ、デイサービスでありながら、泊まることもできるという意味での多機能型です。高齢者の居宅サービスの一種ですが、そういう形での居宅型を言っています。

施設解体の議論というのは、実は障害者施設のほうで先に進みました。浅野史郎前宮城県知事が施設解体宣言をしまして、これはホームページに載っておりますが、具体的には現在ある知的障害者施設などを地域の中にばらまいていくということです。もちろん、施設自身は拠点として残るわけですが、生活拠点を在宅の方向に動かしていくということです。

なぜ、それが動いているか、これは流れとしてはスウェーデンや北欧の改革がそうですが、基本は財政的にいうと在宅のほうが安いからです。施設はお金がかかります。これから財政負担が増えていくことを考えて、財政面からいっても解体して在宅で頑張ってもらおうということがあります。一方で、利用する側、特に障害当事者も、施設よりはるかに居宅型のほうがいいのですが、発想の転換がなかなかできないことが問題です。このように施設を解体する方向に流れがありますので、それに対する対応として地域に受け皿を作らなければいけないということになります。その一つが、さっき言った地域福祉計画でもあるし、その計画を推進することで居宅で生活ができるようにするということです。

施設と居宅がどう違うかというと、家にいれば自分が主人公です。自分の生活を律することができます。ヘルパーさんがある意味では使うことができます。ところが、施設の場合、やはりどうしても管理が残ります。そこでは生活をする方向には来ていますが、なお管理は残ってしまいます。施設の利用者は否応なく管理される側になってしまいます。そういう点では、施設はどこまで行っても自立支援の思想に反するということです。

ノーマライゼーションの原理

そこでどう考えなければいけないかというと、やはり初歩に戻って富山型のデイハウスのほうを見てもらいたいのですが、レジュメの5ページ（16ページ参照）め、ご存じの方は耳にたこができているわけですが、ノーマライゼーションを受け入れるということです。参考文献を載せていますが、ベント・ニイリエさんという方が1980年前後に確立したものです。スウェーデンの方ですが、アメリカに渡って確立しました。そのノーマライゼーションの原理というのをきちっと貫徹するような介護保険制度とは何かというふうに考えていく必要があります。

1番めが、「1日のノーマルなリズム」です。

2番めが「1週間のノーマルなリズム」です。1週間のノーマルなリズムというのは、キリスト教的です。日本では1週間のリズムはあまりはっきりしません。ヨーロッパ、キリスト教社会では、日曜日は休まなければいけません。安息日です。ですから、向こうへ行ったら日曜日に芝刈りをすると、文句を言われます。洗濯もしてはいけません。日曜日に

休むというのが1週間のリズムです。

3番めが「1年のリズム」です。これは日本の場合特に重要だと思います。盆や暮れの行事、入学や卒業、花見や紅葉の季節感、誕生日など記念日などですね。

4番め、「人の尊厳と自己決定」です。自己決定、これがポイントだと思います。自分で決めることです。具体的にいえば、その日着るものは自分で決めること、散歩に行くときの服装は自分で決めること、それから何を食べるかとか、何を飲むかということ自分で決めることです。今、いろいろな制約があります。

自立の話に戻すと、この間の介護保険制度の改正では、自立概念をめぐって混乱が生じてしまいました。予防というのが入ってきたからです。前もあったのですが、さらにきちり入ってきたわけです。その結果、自立概念がADL（activities of daily living）自立のほうにすごく偏ってしまいました。つまり、日常生活の自立、排せつが自立している、食事が自立しているということで判断すると、要支援1～2、要介護1というのが当てはまらなくなって、要介護1の人が自立と判断されてサービスを受けられなくなり、文句が出て現場がすごく困っているそうです。そのとき、自立といって疑わなくなってしまったのです。少し前まで、介護保険制度が始まるころまではだいぶ議論しましたが、要支援から要介護5まで以外の、つまり判定して、あなたは元気だとなったら、介護保険では自立といわなかったのです。「非該当」でした。ところが、この「非該当」を「自立」といってしまう、すなわち「ADL自立」を「自立」としてしまふような事態が大変に増えてしまいました。



介護保険制度の目標は自立支援ですから、要介護5の人の自立があるわけです。要介護5の人の自立を助けるのが介護保険制度です。そうすると、ADLの自立しない人の自立とは何かということになってきます。それを明文化しています。特に障害者が対象になるとそうです。重度障害者の自立とは何か、ADLは自立しえないわけですから、そういう人の自立を考えなければいけません。それなのに自立概念についての混乱がさらに深まってしまいました。自立というのはADL自立を基礎にしている、ADL自立はしたいですからみんな頑張ってリハビリしますが、やってもできない人がいるわけです。そういう人たちの自立は何かと考えるのが我々の仕事です。それを助けることです。その場合の自立というのは、さっき言った自己決定です。自らの意思で自分の生活を選択できることが自立ですから、それを助けるのが我々の仕事という原点に戻する必要があります。「それぞれの人の尊厳と、自己決定が保障」されることがノーマライゼーションです。

5番めですが、「その社会での発達段階の保障」、つまり教育です。生涯学習も含めます。これもまた大問題です。養護学校義務化の問題があります。これが今、特別支援教育の議論になっています。特別支援教育は新しく発達障害が障害として認められ、学校教育もかなり変化してきます。そういう問題も、実は検討されなければなりません。

6番め、「その社会でのノーマルな性的関係の保障」です。結婚する、家族を作ることが保障します。ここまでいくとかなり抵抗感がともなう人がいるのではないのでしょうか。しかしこのように家族をつくることは人間の根源的な欲求ですので、それを保障しなければ

ばノーマライゼーションにはなりません。どうでしょうか。

7番め、「その社会でのノーマルな就労機会と所得の保障」です。

そして8番めが、「生活空間や働く空間が隔離されず、だれでもアクセスできる場所があり、動きを制限するバリアーがないこと」です。

これら8つがノーマライゼーション原理です。ですから、介護保険制度についても、これに沿って、そういう意味でのノーマライゼーションの原理が生きる介護福祉制度になっているかどうかという点にやはり立ち戻って考える必要があります。実際の運用を見ていると、やはり介護保険制度の中の介護保険特別会計をどう黒字で維持するかというところから発想していないのではないかという感じがするときがあります。保険料の徴収など大事な問題ですが、その場合の判断の基底にこういう考え方がなければだめなのではないのでしょうか。先ほど申しましたが、ルーチン化するとあっという間にそれが消えてしまいます。

富山型デイサービスとは

さて、ビデオが2本あります。一つがここに書いてあるVHSで、「親子じゃないけど家族です」とあります。実は、今日見てもらうのは、富山型デイサービスで、視察に行った方もいらっしゃると思いますが、一種の未来形を現実にやっているところです。先ほど申しました地域密着型サービスの中の小規模多機能に似ていますが、介護保険制度の中では高齢者に絞ってしまったので、富山型の面白さがほとんどなくなってしまいました。

見ていただくには、いろいろなポイントが

あります。第一のポイントは、「富山型デイサービスとは、子供から大人まで、ゼロ歳から例えば100歳まで、障害がある人も、ない人も受け入れ、住み慣れた地域で、少人数の家庭的な施設で」、施設というか家ですが、「福祉サービスを提供するもの」です。ということかというのと、「地域の中のみんなの家、富山型デイサービス」と言い換えてもいいでしょうね。

現在、構造改革特区の指定を受けて富山型デイサービス推進特区でやっておりまして、「このゆびとーまれ」「しおんの家」「デイケアハウスにぎやか」「ふるさとのあかり」「デイサービスまめの木」「おらとこ」など20ヶ所近くになりました。

富山県方式ののデイサービスを始めたのが「このゆびとーまれ」で、惣万佳代子さんというかたを中心とする3人です。写真の下に実施事業の欄があります。この実施事業を見てもらうと、「富岡町」はもともとできたところで、「向い」がもう1か所です。そして、「茶屋」と3か所ありますが、富岡町のほうでは、介護保険の通所介護事業と生きがい対応デイと、支援費、これは障害者のデイケアと並んでいますが、これは支援費のほうではなくて、在宅障害者のデイケアと障害児デイサービスを特区でやっていて、学童保育、乳幼児の一時預かりをやっています。関連する法律は老人福祉法、児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法など7つあります。次のページの「デイケアハウスにぎやか」の場合も大体同じです。

まず、「このゆびとーまれ」の10周年記念で15分ものです。

～ ビデオ上映 ～

まさに在宅ターミナルです。「このゆびとーまれ」の場合は、お二人とも看護師さんですから、人の死につきあいがある専門職でした。

次のビデオは、富山県と「このゆびとーまれ」が共催して、こういったタイプのデイサービスをやる起業家を育てるためにやっている塾です。いろいろなタイプが出てきます。

有償ボランティアの子たちがいましたが、本当によくしゃべってうるさいのです（笑）。あそこの特徴は、介護する、介護されるという関係がどんどん替わっていくことです。赤ちゃんがいたらみんな優しくなりますよね。赤ちゃんに癒される、癒されながらケアすることが認知症の85歳の方もできるのです。それぞれの役目があります。一方的に介護される訳ではありません。ここでは、誰もが主人公です。では見てもらいましょう。

～ ビデオ上映 ～

時間がききましたので、私の話はこれで終わります。今回の連続講座では、参加者のみなさんの発表会もあるらしいですね。どんどん意見を発表して下さい。



連続講座 介護保険制度と社会保障制度

第1回 改正介護保険制度と自立支援（2006年6月16日）

奈良女子大学名誉教授 澤 井 勝

介護保険制度の可能性——富山方式のデイハウス。

- 参考文献：1. ベンクト・ニイリエ著『ノーマライゼーションの原理』現代書館、1998年。
2. 三好春樹著『元気が出る介護術』岩波アクティブ新書、2002年。
3. 正村公宏著『福祉国家から福祉社会へ』筑摩書房、2000年3月。
4. 第一法規『地域保健福祉政策実践事例集』2006年5月。
5. 富山県パンフレット

V H S：『親子じゃないけど家族です』30分。

富山方式とは。

1. 富山型デイサービスとは、子どもから大人まで、ゼロ歳から例えば100歳まで、障害がある人も、ない人も受け入れ、住み慣れた地域で、少人数（「にぎやか」の場合、法的には10人だが、無料で利用している人もいるので1日平均で19人（平成16年度実績）ぐらい）の家庭的な施設で福祉サービスを提供するもの。

＊デイサービス 日中、在宅の利用者を預かりケアをする。送迎、入浴、昼食など。リハビリなど訓練を伴うこともある。場所は、特別養護老人ホーム、老人保健施設などが多い。障害者施設では、在宅の障害児や障害者のデイサービスを行っている。

＊ショートステイ 在宅の要介護者で、介護する人がなんらかの理由で介護できない状態になったときに、施設で短期間（4，5日）預かる。レスパイト・ケア（介護する人をケアする）のひとつで、介護者がグアムに観光旅行するときでも使える。しかし、ベット数が少なく、スポットでの利用は難しい。前回の鷹栖町のビデオ。富山方式では、「お泊りもできる」というふうに、利用者の希望で利用できるのが特色。

2. まず、普通は老人福祉法にもとづく施設は障害者が利用できない。児童福祉法に基づく施設は老人は利用できない。身体障害者施設は精神障害者や知的障害者も、普通の子どものも利用できない。それをクロスオーバーで利用できるようにしているのが富山方式。

3. 家庭的ということは、普通の生活をしているということ。生活に予定はあるが、施設でのようなスケジュールはない。訓練はない。食事を一緒にするので、介護する人、される人がご

ちゃまぜの仲間であり、「家族」なのだ。

4. ケアする人、ケアされる人がいつも入れ替わる。スタッフが利用者に教えられる。そういった関係が常にある「家」。
5. 1993年（平成5年）に自立した市民事業として始まった。日赤富山病院の3人の看護婦さん（一人抜けて現在は惣万佳代子さんと西村和美さん）が退職して、その退職金で惣万さんの自分の土地に2階建ての家を建てて始めた「このゆびと一まれ」が最初。
6. その思いは、地域で、自分の望むところで「死」を迎えさせてあげたい、というところにあった。
7. 今は県内で20箇所を越えるが、それぞれが、それぞれの思いを実現するために、そのために自宅を開放し、空いた旅館を買ったり、お寺を改築して始まった。この「お金」と「家」とを、まず地域に提供するところが、「市民事業」の意味で、行政に依存しないで、事業を始めていくところがポイントである。
8. 法律を超えた制度の利用を当時、国（厚生労働省）は認めていなかった。しかし富山県（人口111万人、06年1月1日現在）は県の単独事業として1996年度（平成8年）に、県と市町村とが「在宅障害児者デイケア事業」として、高齢者施設を利用した場合、利用料金の一部を補助する制度を始めた。
9. 1997（平成9）年度には、富山県は「民間デイサービス育成事業」を創設。高齢者5人以上に対して介護サービスを行う地域住民団体へ年間180万円を助成。1998年度からは、高齢者、障害児者5人以上に180万円、10人以上に360万円に拡充。
2002年度からは富山型デイサービスを起業したいという人を対象に、惣万さんたちと「富山型民間デイサービス起業家育成講座」を開催している。
10. 一方2000年度からの介護保険制度の施行により、「民間デイサービス育成事業」を廃止したが、ほとんどの施設は法人格（NPO法人＝特定非営利法人法が98年12月に施行）を取得して、介護保険法の通所介護事業所の認定を受け、付加事業として障害児者や乳幼児の預かりを行うという事業形態をとることとなった。
11. しかし、付加事業に対する県単独の「在宅障害児者デイケア事業」の助成が、国の制度に乗った障害者施設のデイサービスに比較して低かったことから、国の制度として位置づけるよう事業者や利用者から強く要求された。

12. 2003年4月、構造改革特区の規制の特例として、「指定通所介護事業所等における知的障害者及び障害児の受け入れ事業」が認められるようになった。これにより特区の認定を受ければ、介護保険法による指定通所介護事業所での知的障害者及び障害児の受け入れ（身体障害者については、従来から「相互利用制度」により受け入れ可能）と、身体障害者福祉法による指定デイサービス事業所及び知的障害者福祉法による指定デイサービス事業所での障害児の受け入れが可能となった。これにより支援費制度の単価に準じた補助金が交付されるようになった。

＊支援費制度 障害者がホームヘルプやデイサービスなどの福祉サービスを利用するときの費用は、以前は「措置費」として、施設など事業者が国、自治体など行政から支払われていた。それを平成15（2003）年度から障害者に対して、従来の「措置費」分を「支援費」として、障害者自身が「福祉サービス」を購入する、という形に変えた。

（厚生労働省のQ&A、平成13年3月6日から）「支援費制度は、ノーマライゼーションの理念を実現するため、これまで、行政が「行政処分」として障害者サービスを決定してきた「措置制度」を改め、障害者がサービスを選択し、サービスの利用者とサービスを提供する施設・事業者とが対等の関係に立って、契約に基づきサービスを利用するという新たな制度（「支援費制度」）とするものである。

支援費制度の下では、障害者がサービスを選択することができ、障害者の自己決定が尊重されるとともに、利用者と施設・事業者が直接かつ対等の関係に立つことにより、利用者本位のサービスが提供されるようになることが期待される。」

13. これをうけて、富山県はまず富山市、滑川市、砺波市、大山町、福野町と共同で特区の申請を行った。2003年11月認定を受ける。2005年11月現在10市2町に拡大している。

14. 06年5月に、富山県は「富山型福祉サービス推進特区」の認定を申請。申請区域は富山市、高岡市、立山町。介護保険法改正により06年4月から設けられた「指定小規模多機能型居宅介護事業所」で、この推進特区で高齢者だけではなく、障害者も受け入れることが可能になる。7月にも認定予定。

「同県では2003年11月、高齢者向けと障害者向けのケアを縦割りとせず、1つのデイサービスセンターなどで提供できる「富山型デイサービス推進特区」に県内ほとんどの区域が認定され、実際に多くのデイサービスセンターなどが障害者を受け入れている。それらが（介護保険サービスの全国的基準での）小規模多機能型に移行した場合、障害者へのサービスが難しく従来どおりの運営ができなくなる恐れがあった。」（時事通信『官庁速報』06年5月26日号に補足）。

他の市町村のデイサービス施設は、この小規模多機能型居宅介護事業所の指定を受けないで、やっていこうということか。全国的には、実績のある「宅老所」が新制度に移行しないという。

V H S : 『親子じゃないけど家族です デイケアハウス・にぎやか物語』 ハートフル・メディア制作。30分。

1. 「にぎやか」のリビング。
2. 坂井由佳子、母一人と娘一人で育ち、理学療法士に。結婚して1年未満、出産後3ヶ月で離婚。
3. 28歳の春に施設を辞めて、自宅を開放し母と二人で民間デイサービスを始めた。
予想した高齢者より若い障害者が多く驚いた。
5年でNPO法人となり理事長に。2000年に介護保険の指定事業所となり、経営は安定した。
4. 新「にぎやか」への移転新築現場での、バザー。
5. きよえさんやふさちゃんの送迎。
社訓：てきとー、どうにかなる、わらってごまかせ。
6. お昼ご飯。利用者もスタッフも一緒に食べる。
7. セリな2歳。
8. 昼食後のひととき。
9. ユニットバスは二人で。男の障害者には「たまらない」。
10. サポーター。
11. 見学者が30人来た。
第二の家で、「ただいま」「おかえりなさい」。
12. お祭りが好き。クリスマスパーティー。
正月の餅つき。
13. 温泉への一泊ツアー。県の福祉バスを使って。
宴会の盛り上がり。
14. 朝の食事。お土産やさん。記念撮影。

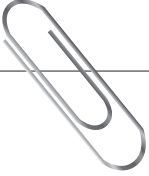


15. 外での昼ごはん。
16. 手作りスロープで段差もすいすい。
17. 阿折さんの森に。新「にぎやか」の木を探して。

ノーマライゼーションの原理（ベクト・ニイリエをもとにして）

最初は施設に隔離されていた知的障害者の生活の質をよくするための考え方だったが、現在では高齢者や子どもも含む全ての支援を必要とする人の生活の質（QOL）を高めるための原理としてとらえられている。

1. 起床から食事、通勤・通学、就労、休息、きばらしといった「一日のノーマルなリズム」の保障。
2. 働く週日と、安息と余暇を楽しむ「一週間のノーマルなリズム」。
3. 祝祭日や各種の行事などの「ノーマルな1年のリズム」。
家族の一年の流れ。お盆、年末と正月、入学式、誕生日、結婚記念日、卒業式。
地域の一年の流れ。花見、ほたる、花火大会、祭り、歳末から正月の行事。
4. それぞれの人の尊厳と、自己決定が保障される。
5. その社会での発達段階の保障。保育所から幼稚園、小中学校、高校、大学と大学院、そして生涯学習。
6. その社会でのノーマルな性的関係の保障。愛することと家族をつくることの保障。
7. その社会でのノーマルな就労機会と所得の保障。
8. 生活空間や働く空間が隔離されず、だれでもアクセスできる場所にあり、動きを制限するバリアがないこと。



第 2 回 講 座

平成18年 7 月21日実施



テーマ：「改正介護保険制度の目指すもの」

講 師：吉 田 英 二

(セントケア株式会社 取締役副社長)

「改正介護保険制度の目指すもの」

セントケア株式会社 取締役副社長
吉 田 英 二

はじめに

私はもともとヘルシーライフサービスという小さな介護会社を、医療法人の理事長と昭和60年に作りました。平成11年の介護保険が始まる前に、その会社をニチイ学館が買収して、そこで私が介護事業を立ち上げ、業界ナンバーワンにして、現在に至っています。この4月まではニチイ学館で専務をしていましたが、5月から同業のセントケアに転職しまして、副社長をしています。

現在、ニチイ学館は全国で売上が約800億円で、業界ナンバーワンです。2位のコムスンが500億円、3位がツクイという会社で200億円、4位がセントケアで150億円という感じです。ただ、第1四半期の数字を見ると今回の改正の影響が非常に出ていまして、利益が出てこないという状況がありますので、私はこれからここ1～2年に、もう一度業界が再編すると予測しています。今日は、今回の改正に対して企業がどのように戦略を打ち立てているか、企業同士がどうやって差別化をしているかといったことを、自治体との関係も含めてお話しさせていただきたいと思います。

1. 介護保険法改定のポイント

基本的な視点

平成12年に介護保険制度がスタートしてか

ら、軽介護者が多くなった、予防的メニューがなかったので改善につながらない、在宅と施設の利用者負担の不公平がある等、いろいろな問題が指摘されています。今回の改正のポイントは予防重視型に転換していこうということで、皆さんご承知のとおり、新予防給付が創設され、地域支援事業が創設されました。この地域支援事業という部分で、自治体が非常に重要になってくるかと思います。

施設給付の見直しについては、今回の改正より半年前の平成17年10月から行われ、食事負担が上がりました。それまで390円保険で出たものがなくなったわけですから、例えばニチイ学館の場合ですと、デイサービスに来られる方の食事代の自己負担が全国平均で730円でしたが、それから680円ぐらいになって、約50円ダウンしました。その意味では、単純に収入が50円掛ける利用人数分下がったということで、額にすると年間5億円の収入減になります。食事代の自己負担が増えたことによって、例えば週に3日デイを利用していた人が週1日に減らすというようなことはあまりなかったので、ニチイ学館では収入が5億円ダウンしました。

それから、新たなサービス体系の確立ということで、これも自治体が中心になってやるわけですが、地域包括支援センターが創設され、地方分権という流れの中で、地域密着型



サービスという市町村限定のサービスが出てきました。ただし、この取り組みは全国的にまだまちまちであるといわれています。

また、新しく都道府県単位でいわゆる公表制度がスタートしています。私は社団法人かながわ福祉サービス振興会の常務理事をしているのですが、ここは神奈川県から公表センターの指定を受けています。神奈川県の場合は調査費と公表費で1サービスごとに約4万5,000円かかります。調査機関は大体10社あるのですが、かながわ福祉サービス振興会は神奈川県で唯一の公表センターで、なおかつ調査機関にもなっています。ここでは神奈川県の事業者の約4割の調査を受けていますが、私たち企業の人間が社団法人かながわ福祉サービス振興会の常務理事で、公表が公平にできるのかという疑いがあるといけないので、公表センターについては別の組織形体をとっています。

ニチイ学館の事業所数は全国で約1,500ヶ所ですから、掛ける5万円で7,500万、つまり、公表する費用だけで毎年7,500万円がかかっているわけです。セントケアはその5分の1程度ですが、それでも2,500万ぐらいかかってしまいます。厚生労働省のうたい文句では、今回の改正の報酬の中に公表費が入っているというのですが、実際はどこに入っているのか分からないわけで、結局、企業の持ち出しになっていると思います。ある程度体力のある会社は公表制度を機会に内容の改善につなげるなど、いろいろプラス思考でやっていけるのですが、一部の小さな事業所は、この公表制度をきっかけとして廃業するなど、大きく二極分化していくということも一つの効果として現れています。皆さん方の市内でも、看板は上げているけれども本当にやって

いるかどうか分からないような事業者がいると思いますが、今回の公表制度のおかげで、いわゆる幽霊会社的なものはなくなったというプラス効果は出てきていて、しっかりした会社が今頑張っていると思います。

さらに、負担の在り方や制度運営の見直しも行われました。第3次介護保険事業計画で、介護保険料の全国平均は4,090円でした。前回は3,600円ですから、約1割強上がっているわけです。国のほうとしても、やはり長期的な制度の持続可能性について言及して、例えばベッドや車いすのレンタルはこの10月から要支援と要介護1では原則利用できないというように、給付の抑制をどんどん行っています。ニチイ学館では全国で約5万台のベッドを貸し出していますが、そのうち約5割の方が要介護1までに入ってしまいます。セントケアでもそうだと思いますが、そうすると、5万台のうち2万5,000台がこの9月、10月ぐらいから戻ってくるということが想定されます。ここで市町村によって違いが出ていて、もう目をつぶって引き取りは一切しなくていいとはっきり言ってくれる市町村もあります。住民は保険料を払っているのに引き上げるといのはなかなか無理だろうと考えてくださる市町村もありますが、いや、ルールどおり要支援から要介護1の人からはベッドを全部引き揚げろといっている市町村もあります。

事業者側はそれに対してどういう対応をしているかというと、自前でメーカーから物を買ってレンタルをしている事業者は、その商品をそのまま有料レンタルに切り替えませんかというアプローチをしています。もう一つは買い取りで、この二つが一番多い対応です。セントケアの場合は、ベッド自体は日本ケアサプライなどレンタルの卸を受けていますの

で、言われたところからは引き揚げるという作業をしています。そうすると、例えばニチイ学館は年間50億のレンタルの売上があれば、単純に考えて25億円売上がダウンすることになりますので、今回の改正では福祉用具関係の会社が一番困っているといわれています。

保険給付・要介護状態のイメージ

今回、予防給付が新しく創設されて、従来の要支援から要介護5までの6段階が7段階になりました。今の要支援1、要支援2が従来の要支援と、要介護1の約8割といわれています。ですから、新しい要介護1には大体2割が残るということで、いわゆる従来の要支援、要介護1の人は要支援1か2にほぼ分類されます。

要支援2になると、軽介護というのでしょうか、従来どおりのサービスはもうしばらく使えますが、10月からは使えなくなります。最近の傾向では介護保険の改正以降、要介護1～5の利用者はどんどん減ってきていますので、要支援1、2の人を取り込んでいる事業者が増えています。ところが、金額がしばらく減っていますから、全体としては利益率の悪い商売になってきて、訪問介護は非常に厳しい状況になっています。

もともと介護保険法ならびに施行規則を見たときに、要支援の人には予防給付を、要介護の人には介護給付をと法律上書いていたのですが、在宅の15種類のサービスを見ていただいても分かりますように、予防に資するサービスメニューはあまりありませんでした。ですから原則、法律ならびに施行規則から見れば、予防給付事業が新しく出たということは当然のことですが、急激にされたものから、事業者側の対応が非常に遅れていると

いう状況です。

ニチイ学館では私が辞める直前までに、全国に約250ヶ所あるデイサービスのうち、150ヶ所に筋肉向上トレーニングができるマシンを設置しました。投資額としては約90億円をかけています。私の責任下でやりましたが、私は退職していて、その90億の先行投資における効果はまだ先のこととなります。なぜかという、地域包括支援センターならびに地域支援事業のお客様が今はあまり流れてきません。結局、地域包括支援センターは立ち上がったけれども、看板だけあって機能していないのが全国の市町村の状態ですので、非常に困っているのです。

例えば神戸市の例で言いますと、ニチイ学館は地域包括支援センターの委託を神戸市から年間委託費1,450万円で受けています。これは、看護師とケアマネジャー、ソーシャルワーカーを置くと、単純に年俸500万と考えれば人件費で飛んでしまいます。しかし、神戸市の場合は積極的に自分のところのサービスにつなげていいということですから、ニチイ学館は1か所、セントケアは2か所の地域包括支援センターの委託を受けています。しかし、まだ予防給付のお客様があまり掘り起こされていない状況ですので、効果のほどはあまりなく、これがどのような方向に行くのか、非常に期待しているところです。

予防重視型システムへの転換

高齢者といわれる方は、今、全国に2,500万人います。厚生労働省の試算では、地域支援事業のお客様はそのうちの5%といわれています。単純に計算すると125万人ですが、この掘り起こしが全然できていません。それから、新予防給付のお客様、要支援1、2の



方は、大体160万人います。新予防給付と介護給付のお客様は従来どおりのお客様がたまたまセグメントで分かれただけのことで、全体のパイとしては継続的に増えていくと思います。ところが、新しいマーケットとしては、やはり地域支援事業の125万人が新たに発生してこないと活性化しません。まして、ニチイ学館でもセントケアでも地域支援事業があるだろうということでインフラを整備したにもかかわらず、なかなか出てこないというような状況があります。

125万人の地域支援事業のお客様と160万人の新予防給付のお客様は、行ったり来たりの関係になります。例えば要支援1と認定された方でも、予防の運動をやったりして非該当になりますと、当然、地域支援事業のお客様になります。ところが、入り口である地域支援事業のお客様を自治体で掘り起こしができていないので、なかなかそのパイが増えない。ですから、我々としては地域包括支援センターで一生懸命掘り起こしをしていただくことを切望しているのですが、その実態はまだ看板を上げただけの自治体が非常に多いのではないかという状況です。

制度改定に伴う市場分類

市場分類で考えると、高齢者全体の数は先ほど申し上げた2,500万人です。その内訳は、要介護1～5の人が280万人、要支援1、2の人が160万人、特定高齢者が125万人、一般高齢者が1,900万人となります。そのうち125万人の掘り起こしがなかなかできない、それから要支援1、2の160万人のところでサービス量が減っている、単価が落ちているので経営的に厳しいというのが、今の介護業界です。

今回、一般高齢者といわれる1,900万人に対するポピュレーションアプローチ（対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、リスクを下げていこうという考え方）が、自治体委託で可能になりました。ニチイ学館では、コナミスポーツと提携して、例えば自治体が主催する健康祭などを積極的に受注していこうということで、スキームができて上がっています。セントケアのほうは最終調整中で、まだオープンにしていますが、玩具メーカーやフィットネス企業とアライアンス（連携）を結び、デイサービスでのレクリエーションやポピュレーションアプローチの受託事業をやっていこうと考えています。ですから、従来は介護会社がワンストップですべてをやっていくというやり方だったのですが、新しくメニューが変わってきたときに、自前ですべてインフラをそろえていくとリスクが大きいので、そのノウハウを持っている会社とアライアンスを組む時代になってきました。これからは、介護保険だけを意識した需要を考えている会社は淘汰され、一般市場を意識した戦略を持つ会社が生き残ることになります。

先日もコンペティターの介護会社の社長から電話がありまして、「おれはこの8月で会社を閉めるから、スタッフとサービスの利用者をセントケアで引き受けてくれないか」という話がありました。そういう話がポツポツ出てきていますので、皆さんの市町村でも、これから廃止する事業所が増えたり、合併するような傾向が出てくると思われます。

我々はこれからアライアンスを組みながらポピュレーションアプローチの受託事業を一生懸命やっていきたい、それからハイリスクアプローチ（疾患を発生しやすい高いリスク

を持った人を対象に絞り込んで対処していく方法)については、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上等々が要支援1、2の新予防給付とオーバーラップしますので、確実にやっていきたいと思っています。

セントケアは特に認知症に力を入れようと考えていて、アメリカの認知症のプログラムライセンスを持っています。私たちはそのライセンスを使って、デイサービスやグループホーム、または訪問看護で行ったお客様のスクリーニングを行い、認知症の傾向がある場合には、確定診断を取っていただくようにアプローチしています。訪問看護などに行っていると、難病の方などもいるのですが、難病の確定診断ができない開業医の先生にかかっているケースもあります。その場合はすべて介護保険で見ざるをえません。訪問看護へ行ってもけっこう自己負担が増えるのですが、この人はどうもパーキンソンだなということで、主治医を説得して専門医に診察してもらい、パーキンソンの認定を受ければ、医療保険が使えますから、自己負担が一気に減ります。私たちは、今回新しくできました在宅療養支援診療所に全国で約1万クリニックが手を挙げたと聞いていますので、それと連携して、急性期の病院から在宅へ帰すという流れの中で、訪問看護や認知症に対する早期発見などがこれから大事になってくると思っています。

私自身はニチイ学館にいたとき、八尾市立病院の維持管理・運営事業を支援する八尾医療PFIという会社の社長をしておりました。そういう意味では、急性期病院の地域連携室からどうやって在宅にシフトするかということに対して、我々は地域包括支援センターにも行きますが、いわゆる市民病院の中の地域

連携室にアプローチしていくという形をとっていかうとしています。

今回、皆さん方の関心事になっているのは、療養型の病院の再編だと思います。2月に「療養病床の再編について」というものが厚生労働省から出ていますが、これは今ある38万ベッドの療養病床を2023年末には15万の医療療養型に再編し、残り23万ベッドは老健やケアハウスなどに転換していかうという方針です。自治体から見れば、老健やケアハウスを建てると当然公費が出てきますから、それよりは介護保険や医療保険の中で、在宅ですべてしてもらったほうがコスト負担は低いわけです。

ところが、企業が訪問看護をやることに対して、医師会の先生方は積極的に受け入れているかというところと少々疑問です。そうではなく、今回の療養病床の再編で地域療養支援診療所の役割が増えるので、私たち訪問看護をやっている事業所と組んでやりませんかということです。特に自治体にはご理解いただきたいのですが、企業が訪問看護にどんどん出てくるということは、医療費の削減、全体のコスト削減にもつながってきます。介護と医療がシームレスな時代になったときは、やはりヘルパーだけでは在宅療養は問題点が多く、訪問看護を入れることによって長期に在宅での療養ができると思っています。

皆さん方の訪問看護に対してのイメージは、いったんある患者さんが入院して、退院してきたときから初めて訪問看護を使うというようなものだと思いますが、私たちの目指しているのは、いわゆる予防の訪問看護です。早く訪問看護サービスを利用することによって、入院を遅らせることができる。そのような使い方を考えていけば、全体としての医療費な



り介護保険料を上げなくて済むということも想定していますので、ぜひお願いしたいと思います。

ついでに言わせていただくと、有料老人ホームの数にキャップをはめる自治体が非常に多いのですが、企業が自分のお金で土地を手に入れて建てれば自治体は特養や高齢者施設を造らなくていいわけですから、逆に有料老人ホームができるのは大いに歓迎と考えていただけないでしょうか。まして、施設によっては個室ユニットで、食事の自己負担がありますから、この間の改正で有料老人ホームと従来の特養の価格設定のギャップがだいぶ縮まってきています。利用者側から見れば、ご家族を有料老人ホームに入れていますというのと特養に入れていますというのではやはりイメージが変わってきます。従来のお年寄りは息子さんや娘さんから施設に入れられても何となくそのまま了解していましたが、これから入ってくる団塊の世代の人たちは、息子に入れと言われても入りません。やはり自分で選ぶでしょうから、例えば有料の各都道府県がやる高齢者専用賃貸住宅や有料老人ホームがどんどん地域で増えれば自治体負担が少なくて済むということもぜひ念頭に置いていただきたいと思います。

地域支援事業の財源

地域支援事業の予算の中身はご存じの方が多くと思いますが、介護予防事業は介護保険と同じ予算配分、第1号が19%、第2号が31%で、国民から半分保険料を徴収するというものです。残りを国が25%、都道府県と市町村が12.5%ずつもつという配分です。

ところが、包括事業と任意事業では第1号保険料しか使えません。これから第4次、第

5次と介護保険事業計画を作っていくときに、積極的に包括事業、任意事業をやっている自治体は健康なお年寄りが増えることになりますので、その分第1号のほうの保険料を上げなくて済むということになります。ですから、積極的に地域包括支援センターを立ち上げ、スピーディに包括事業、任意事業を積極的に広められたほうが、住民にとっても負担が少なくて済むと思われます。

本来的に言えば地域支援事業は介護予防事業と同じような負担割合にしておけばよかったのですが、厚生労働省としてはそういう意図があって、第1号の保険料しか使ってはいけないようにしたのだと私は理解しています。

介護予防事業に関する利用者の流れ

もう一度整理しますと、いわゆる地域支援事業と新予防給付のお客様は、特定高齢者と要支援1、2というように名前もランクも違いますが、行ったり来たりの関係です。一生懸命予防をやっておきますと、要支援1、2の方が特定高齢者に戻る、特定高齢者になって努力が足りないと要支援1、2になるということで、この新しい市場を私たちがどう取り込むかということになってきます。

ところが、そこを掘り起こしたり、認定したりするのは地域支援包括支援センターです。ここの介護予防ケアマネジメントについては、市町村が直営でやる場合と、神戸市のように委託でやる場合がありますが、流れとしては、調べますと全国で約6割が委託です。4割が直営、または社協ですが、直営の市町村はなかなか利用者が掘り起こせなくて困っています。委託されたところは委託費1,450万ではやっていけませんから、一生懸命利用者を掘り起こしてサービスにつなげようとしています。

す。

例えば、よく言うのですが、花火大会を考えてください。墨田区の花火大会は、墨田区の職員の方が花火を打ち上げているわけではありません。運営などは墨田区さんがやっていますが、花火は花火師さん呼んできて打ち上げているわけです。市町村は地域包括支援センターをなぜ自らやるのかというと、公平性だとか何だといいますが、効率性や住民サービスの向上という側面から見れば、委託にしていたほうが割とソフトランディングできているのが全国的な傾向だと思います。

大阪府の市町村では委託されているのかどうか分かりませんが、例えば川崎市の場合は36か所の地域包括支援センターのうち、33か所を社会福祉法人、いわゆる特養に丸投げしています。残り3か所は地区社協に投げているということで、川崎市では地域包括支援センターに株式会社は一切手を挙げられないのです。この間、川崎市の地域包括支援センターの幹部の方にお会いして、委託費は幾らなのか聞いてみたら、なんと2,400万円だということでした。先ほど話したように、神戸市では1,450万円なのに、1,000万円余分に払っているということです。これは1,450万円ではやれないということで、競争原理が働かない状態だとコストが高くなるのです。ですから、地域包括支援センターについては、あくまで年度契約ですから、直営をやめて委託に切り替える、委託も社福や社協と限定せずに幅広くやるということがコストダウンにもつながってくるだろうと思います。

ニチイ学館では介護予防通所系事業所を50か所、セントケアでは13か所持っています。やはり予防に対する体制整備はニチイが進ん

でいて、セントケアはこれからです。しかし、先ほど来言っているように地域包括支援センターの利用者の掘り起こしがそんなに進んでいませんから、あまり差は出ていないという状況で、ロングタームで見えていきますと非常に厳しいのではないかと思います。

また、居宅介護支援事業所に委託した場合は、介護報酬上、特定加算がつきません。国が介護予防をやれやれといっているにもかかわらず、それを居宅介護支援事業所がやると特別加算がもらえないのです。さらに、限度人数を8人と限定しています。私はなぜ8人に限定したのか、非常に疑問に思っています。厚生労働省の真意がつかめない状況です。

新予防給付への制度移行スケジュール

平成17年9月に厚生労働省が新予防給付へ移行するタイミングを全国の各自治体に聞いたところ、6割が平成18年4月からやるというところ、平成19年からやるというところが2割、それから未定が2割です。もう一度、12月に各市町村に県を通じてアンケートを取ったところ、18年4月からやるというところが8割になりました。今は分かりませんが、まだ実施していない市町村もありますね。2年間の猶予期間があるのでいいと言えいいのですが、結果的に非常に立ち上がりが遅くなって、先ほどの地域支援事業と新予防給付のお客様が出てこないという状況に現在陥っています。

要介護認定の切り替えは、立ち上がりがよければ一気に進むのですが、今はほとんど進んでいない状態です。私たち介護事業者から見れば、自治体の地域包括支援センター事業が早く軌道に乗ってくれないと、準備はしたのにお客様が来ないということで、その状態



がずるずる続いています。まして、要介護認定審査会では、従来ですと要介護1になっていた人が逆に要支援2になっているということで、新しい介護給付のお客様が減っていて、要介護度の高い人は亡くなっていきます。ですから、どんどんパイが小さくなってきて、新しい予防のお客が増えてこない状態ですから、ニチイ学館でもセントケアでも訪問介護については対前年度比でマイナスになっています。自治体には早くそこをご理解いただきたいと切実に思っています。

新予防給付のケアマネジメント業務

(業務範囲)

なぜ私たちが自治体にそれを強くお願いするかというと、最初の利用申し込み受付と契約の締結は地域包括支援センターが行い、報酬の請求も自ら実施することとなっています。我々居宅支援事業所は飽くまで下請け業者で、幾ら地域に予防の人がいると分かっているても、地域包括支援センターが活動して契約を結んでくれない限り、お客様にはなりえないわけです。

介護報酬の請求は、今回4,000円でしたか。そうすると4,000円で事務費を引いて、大阪の場合はたしか3,700円ぐらいで委託されていると思いますが、全国的には2,500円のところもありますし、全部ばらばらで、県で市の価格を統一しているところはありません。この間、福島県に行ったときに新予防給付の委託事業費を市町村で統一されているのかと聞いたところ、それはカルテルになるからできないとおっしゃっていました。恐らく大阪府でもケアマネジメントの業務委託については市町村によって単価はばらばらだと思います。しかし、実際その延長線上で将来的に介

護給付のお客様になるので、単価が安くても我々は積極的に受けようとしています。

ところが、先ほど言ったように8人のキャップをつけられたということで、市町村が一生懸命掘り起こしても、その後予防に関するケアマネジメントが本当にできるのかどうか、我々としては非常に心配しています。この8人のキャップをはめたということと、直営の地域包括支援センターが非常に多いということは、うがった言い方をすると措置への逆戻りではないかということで、我々は厚生労働省に申し上げました。介護保険はご存じのとおり、選択できるということで始まったわけです。それにもかかわらず、軽い人は自治体が半分やっている地域包括支援センターを必ず通すということが果たして選択なのでしょうか。これは、いわゆる介護難民というか、市によってはもうこの市にはいられない、ほかの市に行こうという人が出てきてもおかしくないような状況だと思います。

2. 各サービスの報酬

要支援者の支給限度額

要支援の方の支給限度額は、改正前で6,150単位、つまり1か月6万1,500円で、要介護1では16万5,800円でした。ところが、今回は要支援2という制度を新しく作り、上限額を要支援1が4万9,700円、要支援2が10万4,000円としています。訪問看護だけで見ますと、セントケアでもニチイ学館でも、従来の要支援のかたの利用額は1か月で大体1万5,000円でした。要介護1でも3万いくかないかです。要介護1～5までの全部を平均しても、1か月の訪問介護利用額は約5万円です。軽い人で6万1,500円という旧来の上限額をぎりぎりまで使っている人はほ

とんどありませんでした。にもかかわらず、なぜ今回は新しく要支援1、要支援2と二つに分けて、なおかつ特に要支援1については従来より下げたのか、我々としては非常に疑問に思っています。

介護予防通所介護

介護予防通所介護については、要支援1が2,226単位、2が4,353単位となっています。これは新しくできたのでそのままいいのです。それに、運動器機能向上で225単位加算、栄養改善、口腔機能向上で100単位加算、さらにアクティビティ加算（81単位）があります。

厚生労働省の法律の中身をきちんと読み込みますと、運動器機能向上だけやってもいいし、栄養改善だけをやってもいい、口腔機能の向上だけをやってもいい、あるいは三つやってもいいということで、自由に選べるようになっていきます。アクティビティ加算については、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のいずれかが算定されているときは算定しないことになっています。例えば私たち事業者から見れば、要支援1の通所に来られるお客様で、アクティビティで請求する人がAさん、予防で請求する人がBさんというように仮置きしたとします。Bさんがマシンに乗って一生懸命やって元気になっているのを見て、Aさんが私もマシンをやりたいと思うと、請求上はアクティビティで請求していますが、実際はマシンに乗って一生懸命やっている人も出る可能性が出てきます。そのように、現実には実態と請求との差が出てきているところがあります。

運動器機能向上の実施基準概要

運動器機能向上は、地域支援事業でも新予防給付でも同じスタッフでできます。厚生労働省が非常にファジーに押さえたのは、担当職員のところですが。介護予防通所介護では、機能訓練指導員（PT、OT、ST等）と経験のある介護職員という言い方をされていて、厚生労働省に「経験のある介護職員」の定義を問いただしても、例えば実務経験3年以上というような数値的なものは全く示されません。

ニチイ学館ではそのために、東京都老人総合研究所と組んで、運動指導員養成講座というものを始めました。そこでは、昨年1年間で8,000名の運動器機能向上を目的とする指導員を養成しています。1回10万円の講座ですが、8,000人ですから、それだけで8億円の売上で、ヒット商品になりました。セントケアでは今どうしているかというと、先ほどの玩具メーカーと組んでと申し上げましたが、レクリエーションという切り口でこれからやっていこうとしています。「経験のある介護職員」ということで、どういう講座を受けたか、どういうライセンスを持っているかということは何も定義されていませんから、各社によって相当差が開いているのが実態だと思います。大阪府でもたしかそういう指導員養成講座のようなものをされたように聞いていますが、全国的に各都道府県単位でいろいろな養成講座が開かれています。

ニチイ学館の場合は、東京都老人総合研究所との話し合いで、実務経験が2年以上あるヘルパーで、30時間の講座を受けた者が運動指導員となり、80時間受けた人が主任運動指導員ということで、その人が講師になれるというスキームでやりました。

ニチイ学館は今、教育講座の売上が約150



億円ありますが、そのうちヘルパー講座が約90億、医療事務の講座が約60億というバランスになっています。しかし、平成21年には2級ヘルパーの講座が廃止になるということで、受講率が一気に下がっています。それから介護福祉士のほうも、卒業したら自動的に取れるというのをやめる方向に向かっていますから、ニチイ学館としては教育事業がかなり落ち込んでいます。テレビをご覧になると、私が辞めた後の6月から有名な女優をCMに使って宣伝していますが、あのおかげで介護のお客様がちょっと増えたと聞いています。ただし、広告宣伝費は相当なもので、かけすぎではないかと思うのですが、やはりニチイ学館のビジネスモデルは教育から就労へですから、教育事業への力の入れようは半端ではないということです。

運動器機能向上については、3か月に1回評価をします。そこで効果があれば、先ほどの運動器機能向上加算で100単位、つまり1,000円入るわけです。ところが、逆説的に言うと、その分利用者の自己負担が増えることになります。新予防給付の対象だった人が非該当になる努力を一生懸命したら、自己負担が増えるという変なことが起きる。努力をしたら負担が減るのが普通なのに、今回の厚生労働省のルールは逆になっています。

栄養改善の基準概要

栄養改善は新予防給付と地域支援事業になります。ここでは管理栄養士を置かなければいけません。ニチイ学館では登録ヘルパー2万人のうち、管理栄養士のライセンスを持っている人が約1,000名いました。このダブルライセンスを持っている方に対応してもらおうということになります。評価期間はこれだけ

6か月ですが、実際、栄養改善に効果が出るかどうかは、はっきり言って分かりません。ニチイ学館では、栄養改善だといわれている人たちに対してカロリーメイトを食べる訓練をしました。そうすると、6か月めには効果が出ています。例えば僕が栄養改善をしようといわれても、言われているときは「はいはい」と聞いていますが、外へ行くと酒を飲んで不摂生をしますから、栄養改善はできません。このことは、栄養改善のガイドラインにかかわった先生方に聞いてもそうだと言っています。ですから、栄養改善が果たして出るかどうかは分かりません。

筋トレは先ほどの125万人と160万人の300万人全員が大体対象になりますが、栄養改善はアルブミン値を数値的に調べますから、全国的に約1割、30万人しかいないだろうといわれています。ですから、栄養改善のマーケットは狭いのですが、例えば地域包括支援センターから見た場合、栄養改善をやっていないデイサービスにはそのお客様を送り込んでくれませんから、どうせ予防事業をやるのであれば、口腔ケアと栄養改善と筋トレを全部やっていると表現したほうがお客様の回ってくる確率は高いといえるでしょう。

口腔機能向上の基準概要

口腔機能向上は3か月に1回評価をします。担当職員は歯科衛生士、看護師、ST等です。ニチイ学館は現在、全国で9,000～1万のクリニックと契約していますが、そのうち約3,000が歯科の先生です。ニチイ学館の場合は医療事務でおつきあいいただいている歯科の先生と組んで、定期的にデイに来ていただくということをしています。セントケアも訪問歯科をやっているデンタルサポートとい

う会社と組んでやるということで、歯科衛生士や先生を抱えるとコスト的に合いませんから、連携でやっているという状況です。これもマーケットサイズは300万人のうちの10%といわれています。

介護予防事業所の評価イメージ

今回、筋トレ、口腔ケア、栄養改善という新しい予防メニューのラインナップをそろえたわけですが、効果が出てくるのかどうかははっきり分らないと思います。しかし、その看板を上げていないと地域包括支援センターからの受託もできないし、顧客が回ってこないということで、今は口を開けて待っている状態ですが、全然入ってこないのが現状だと認識しています。

介護予防事業所の評価イメージとしては、まず、要介護度が改善した利用者数をA、Bと分けます。Aは、要支援2だった人が要支援1になるというように、1ランク改善した人です。Bは要支援2から非該当へというように、2ランク改善した人で、その人数にそれぞれ係数の5と10を掛けます。そして、年間利用実員数が10名未満の事業者は評価しないことになっていますから、例えば予防にトライアルした10人のうち、3人が1ランク改善し、1人が2ランク改善したとすると、3人掛ける5で15、プラス1人掛ける10で25になります。それを10で割ると2.5ですから、2以上ということで、その事業所は評価点数がつくという形になってきます。

しかし、現在は利用者がいないので、10人までいきません。今年度に限っては12月までに評価をし、翌年度以降からは年度ごとにやるといっていますが、利用者が10人いないので、制度ができてでも評価されるものは全然出

てこないのが実態です。

介護予防訪問介護

介護予防訪問介護については、今回は要支援1、2という新しいカテゴリーができて、週に1回程度、月約4.3回の利用で1万2340円出ることになっています。今、大手介護事業者でもセントケアでもそうですが、訪問介護の身体介護と生活援助の加重平均単価は大体2,800円です。ヘルパーさんが1時間行くと、平均して2,800円の収入になるということです。1万2,340円を単純に4で割っていただきますと、3,000円を超えます。ですから、今の2,800円より上がるのです。ところが、週に1.5回来てくれと要支援の利用者からもし言われたとしたら、赤字になってしまいます。ですから、利用者に納得していただきながら週1日でいいようにケアプランを立てるという作業が大変です。今までは1回で幾らという出来高でしたから、週に2回でも3回でも増やしましょうと言っていたのですが、逆に週1回に縮めましょうということで、昨日までとは反対のことを言わなければいけないのです。

週2回程度は2,468単位で、要支援2の週3回程度では4,010単位になります。経過的要介護者の人は大体週3回程度の利用です。しかし、新しく出てくる人は、週1回か2回しかないのです。つまり、平成18年4月以前から要介護認定を受けてサービスを受けていた人や経過的要介護で要支援2になった人は週3回利用できますが、新しく要介護認定を受けた人は必ず週1回か2回にはめ込まれてしまいますから、事業者としては売上ボリュームを上げられず、非常に苦しい状況です。



介護予防支援（報酬）

介護予防の報酬の場合、基本単位は4,000円で、初回加算が2,500円となっています。ここでは掛ける8人分の売上にしかありません。ただ、実はミソがありまして、厚生労働省は新予防給付のお客様は8人とキャップをはめました。地域支援事業は100人やろうが200人やろうが、何人でもかまわないことになっています。つまり、地域包括支援センターが早く地域支援事業の対象者を掘り起こしてくれないとここでも困ったことになるということです。

介護予防福祉用具貸与

特殊寝台、車いす、移動用リフト、床ずれ防止用具、認知症老人徘徊感知器の5種類については、要介護1までの人は10月から利用できなくなります。もうすぐ8月になりますが、この8月、9月に10月からどうなるのかという問い合わせがばたばたと来ると思います。そうすると、先ほど言ったレンタル業者がどのようにするのか、微妙です。セントケアとしては基本的には引き取ってくれと言えは引き取りますし、買いたいと言えはそうです。かという自然なスタンスでいきますが、レンタル卸から福祉用具を調達している事業者は、もともとそんなに資金力がありませんから、返ってきたら非常に苦しいと思います。

介護予防訪問入浴

介護予防訪問入浴についても現実離れしています。従来は看護師とヘルパー2名とオペレーターという4人でやっていました。ところが、予防の場合は軽い人だから看護師はつけなくてもいいという制度を作ったのです。巡回入浴というものは、朝に出発して夕方ま

で、その地域で5～6軒やるわけで、このお客様は予防だから看護師さんは要らないというのはナンセンスです。わざわざ介護予防のお客様だけのコースを作るなんてことは考えられません。さらに、従来ですと1万2,500円もらえるのですが、こちらでは8,540円にしかありません。

僕は以前、なぜこんな介護予防訪問入浴という制度を作ったのかと質問しました。いわゆる訪問入浴のお客様は、介護度4以上の人が90%を占めています。要支援1、2の人で巡回入浴に入っているという人は、はっきり言って皆無です。にもかかわらず、介護予防訪問入浴介護を入れた理由が分からないと単純に質問したら、1例でもあればいいじゃないかということでした。これは、親切と言えは親切なのですが、それなら福祉用具も要支援、要介護1でも引き揚げず、新しく発生する人からというようにしてくれればいいのではないのでしょうか。

居宅介護支援

ケアプランは、基本単価が8,500円で、100単位の加算が4種類ありました。いわゆる4種類加算です。それから運営基準減算ということで、定期的にサービス提供者会議をやらなかったら等、いろいろな項目で減算するというルールがありました。

担当件数については、今回の改正で、今までは大体50人がいいですよといていたのが、40件未満、つまり39件だといちばんいいという話になっています。それなら要介護1、2で1,000単位、要介護3、4、5では1万3,000円ということで、これがいちばんいい報酬なので、みんなここをねらいに来ると思います。

ニチイ学館でもセントケアでも、ケアマネジャーの頭数で利用者数を割りますと平均35件ぐらいですから、大体幅の中に収まっています。ところが、ケアマネジャーによっては60件持っていたり、10件しか持っていないということで、非常にアンバランスです。これをこれからどのようにうまく平均化していくかということが一つのポイントではないでしょうか。40件以上だと旧来の8,500円より下がってしまいますから、今、ケアマネジャーをどう集めるかということも事業者にとっては頭の痛い話です。

今回は、新しく初期加算がつけました。これは非常にありがたいことです。例えばケアサービスをやっているうちにもう一度入院してしまったようなときには状態が相当変わっていますから、もう1回ケアマネジャーがかかるケースが非常に多くなります。今までそれは評価されなかったのですが、評価されるようになったということで、非常にありがたいと思います。

ただ、特定事業所加算は500単位と非常に大盤ぶるまいしてくれたのかと思ったのですが、これは実質取れません。こんなものが取れる事業者がいたら見たいぐらいです。なぜなら、特定事業所加算の算定条件として、管理者（主任介護支援専門員）を置いていること、介護支援専門員（常勤）を3人以上置いていること、ケアプランを作った利用者の6割が要介護3～5の人という三つがあり、これをすべて満たさないと認められません。さらに、担当平均件数が35件を超えず、かつ介護予防支援業務の受託を受けていないことも条件となっていますので、絶対に取れません。

アメのように見せるだけで、実態は一切取れない制度をなぜ作ったのでしょうか。方法

論としては、ケアマネジャーをステーション単位に配置するのではなく、ケアプランセンターのように集めてやるしかないと思います。それから、軽い利用者用の営業所と重い利用者用の事業所と分けるとか、いろいろなことをやらないといけませんが、効率性から見ると、厚生労働省としても中重度へのシフトを意識させたいと考えていらっしゃるので、今後のスキームをつめたと考えております。

特定事業所集中減算や運営基準減算については、まじめにやっていれば問題はない話だと認識しています。

訪問介護

訪問介護では、長時間型の介護はやめろというシグナルが出ています。従来の30分未満が231単位というところは変わっていませんが、1時間以上、30分増えるごとに83点の加算が今回なくなっていました。それから、生活援助も同じように1時間以上はないということで、291点止まりです。

そのため、ニチイ学館でもセントケアでも、この4月までに一斉にプランを短時間型介護に作り直して、ほぼ100%1時間以内に収めています。ニチイ学館は昨年度の訪問介護の1回当たり平均時間が1時間24分でしたので、24分を2月、3月で一生懸命縮めて、1時間未満にもっていつています。そうでないと、ヘルパーには時給が1時間24分発生しますが、収入は1時間分しか入ってこないということで、例えば2時間利用していた人は、プラン上、1時間行って、もう1回1時間行くというように、サービスの中身を分けてしまうというようなやり方で全事業所で一気にやって、100%クリアできました。

また、特定事業所加算の体制要件、人材要



件、重度対応要件を三つとも満たせたら、2割増しになります。ところが、人材要件をよく見ると、これは無理です。できません。セントケアでは体制要件と重度対応要件には対応していますが、事業所のヘルパーについて介護福祉士の割合を3割以上にする、サービス提供責任者のすべてが5年以上の経験を有する介護福祉士にするという人材要件についてははっきり言って無理です。ただでさえサービス提供責任者が足りないぐらいの状態なのに、5年以上経験ある介護福祉士にしろ、または介護福祉士の割合を30%にしろといっても、今の報酬では合いません。

そこで、我々がねらうのは体制要件加算と重度対応要件加算で1割増しというところで。現在、セントケアでは180のヘルパーステーションがありますが、9月までに30事業所、つまり17~18%が特定事業所加算を取っています。たしかニチイ学館も10~15%は特定事業所加算を取ろうとしています。

ところが、特定事業所加算を取るという届け出をすると、その地域の居宅支援事業所が利用者を送らないということもあります。利用者の自己負担が増えるからということで、毛嫌いする人もいます。だから、厚生労働省は知恵を絞って加算だ減算だといろいろなルールを作ってくださるのですが、実態とはどうもズレがあって、そこをなかなかご理解いただけず、非常に苦しんでいます。

通所介護

通所介護では、900人を超えたら減算されることになりました。ニチイ学館は先ほど言ったように全国でデイサービスを250か所やっているのですが、もともと最初に作った150か所は26人定員で、フルに利用しても利

用者は900人を超えません。ところが、1年ぐらい前からニチイ学館は26人定員のデイサービスを40人定員に上げました。40人をまともに毎日やっていたら、900人を超えてしまいます。

しかし、ミソがありまして、先ほどの特定事業の委託の対象者はこの900人のカウント外です。介護保険の対象者はカウントされるけれども、特定高齢者の通所を利用する人はカウント外なのです。ですから、しつこく言うようですが、地域包括支援センターがうまく立ち上がって、地域支援事業のお客様を掘り起こしていただきたいと思います。

訪問看護サービス

訪問看護ステーションでは、今度新しく20分未満という単位ができました。今、セントケアでは36か所の訪問看護ステーションがあります。大阪府内におきましては、吹田市の内本町に営業所が1か所あって、おかげさまで訪問介護では特定事業所加算が取れています。これから大阪府内については、今日ご参加いただいている市町村の周辺にどんどん訪問看護ステーションを作っていこうと考えていますので、ぜひよろしくをお願いします。

訪問看護の1回当たりの滞在は平均約45分です。ですから、訪問看護ステーションの30分以上の830単位が平均像だと思ってください。それから、訪問看護の利用者は今、1,200人ぐらいいます。看護師は150人で、そのうち約130名が正看で、20名は准看です。准看だと1割減算になってしまいますが、やはり対象者を回していくためにはどうしても入れざるをえません。それから、夜間・早朝、深夜加算を一部取っている人もいますし、緊急時訪問看護加算もあります。1,200人のう

ち8割が介護保険の対象で、2割が医療保険の対象になっています。

例えば難病のALS（筋萎縮性側索硬化症）の患者さんは今、全国で7,500人いるといわれていますが、私どもでは約50名のALSの患者さんのたんの吸引を訪問看護と訪問介護でやっています。これからALSの患者さんが在宅で療養するときに、ヘルパーのたんの吸引を医師の指導等があれば認めるということになりましたので、セントケアとしてはALSの患者さんを取り込んでいこうと考えています。やはり、ヘルパーが行くより看護師が1回行くほうがコストが高いのです。ですから、私たちは基本的には訪問看護をずっと続けるのではなく、導入部分の3か月は訪問看護で行きますが、その後はなるべくヘルパーにつなぐというやり方で、家族の負担を減らすという努力もしていこうと考えています。

訪問看護を入れると、割と中重度の対象者のかたを入院させずに在宅で療養できるようにもっていかれますので、自治体では参入する事業者の門戸をどんどん開放されたほうが結果的に全体の経費の削減になっていくと私は考えています。

シミュレーション

訪問介護事業

イメージとして、利用人数69名のシミュレーションをしてみたいと思います。内訳は、要支援が14人、要介護1、2が38人、3～5が17人です。そこから、旧要支援の人が新要支援1に100%移行し、旧要介護1の人は新要支援2に60%、新要介護1に40%移行したと想定します。その利用を要支援1では週1回、週2回の人が半々の割合で、要支援2で

は週1回、2回、3回の人が3分の1ずつという前提では、同じ利用者人数でも1か月の売上はマイナス21万6,800円と、以前より6.4%下がります。4月、5月、6月とじわじわとそのようになって、軽い人が増えるという傾向になっているわけです。訪問介護だけやっている事業者は、単純に前年度から売上が6.4%下がったと考えられます。

通所介護事業

通所介護も同じ見方をしていただければいいのですが、71人の通所利用者で合計525回の利用回数があるところは、1か月で526万円の売上になります。通所は1回来ると平均1万円ぐらいの請求になりますので、利用回数掛ける1万円で見れば大体その事業所の売上が分かります。ですから、延べで何回ぐらい利用者が来ているのか聞くだけで、その事業所の1か月の売上が分かり、それに12を掛ければ年間の売上が分かるわけです。

ところが、シミュレーションすると、今回の改正によってここでも同じように売上が6.3%下がりました。実際に、この18年4月以降、訪問介護、通所介護の売上は軒並み全部下がってきています。

ただ、通所介護では今回、要介護2の報酬が多少上がっています。要介護度のいちばん高い要介護5は上がっていて、要介護3、4は下がったのですが、要介護2だけは不思議と上がっていて、これもどういう意図があったのか分かりません。

居宅介護支援

居宅介護支援におけるケアマネジャー1人当たりの報酬額は、現行の利用者数50人の場合、報酬単価は8,500円ですから、従来は1



か月に42万5,000円でした。ケアマネジャーの報酬は1か月大体27万円で、それに福利厚生等々があり、固定費、販管費等を合わせますと、42万5,000円では合いません。ですから、いわゆるコストセンターになっていました。

今回の改正によって、利用者数39人の場合は売上が43万8,000円となり、多少上がりました。新しい報酬体系では、要介護1、2が1万円で3、4、5が1万3,000円ですから、要介護3、4、5の人ばかり集めると黒字になります。ですから、要介護3、4、5の人を一生懸命集めていくケアマネジメントの独立法人のようなものが出てくれば、そこはコストセンターではなく、プロフィットセンターになりえるでしょう。ところが、要介護3、4、5の人はよく入院しますし、亡くなったりしますから、常にお客様を獲得する努力をしていかないと、結局赤字になってしまいます。

何もしないで従来どおり利用者が50人の場合で計算すると、売上は34万3,800円と、一気に8万円もダウンしてしまいます。セントケアやニチイ学館など、いわゆる大規模事業所は4月1日になる前に39人までにうまくコントロールできたのでいいのですが、1人のケアマネジャーが80ケース受け持ち、1法人1ケアマネジャーのような小さい会社では大変です。そのため、現在はケアマネジャーの取り合いが始まっていると市場ではいわれています。

訪問看護事業

訪問看護はご存じのとおり、スタートの人員要件が2.5人ですが、ここでは看護師が6人ぐらいのステーションをイメージしたいと

思います。のべ訪問介護数は1か月989回で、725万5,750円の売上を上げています。内訳としては、訪問看護1、訪問看護2、訪問看護3、および医療保険となります。ここでは、隔週で訪問するのが5人、連日訪問の人が1人、週1回訪問の人が2人いるというイメージの人たちを訪問看護1という設定にしています。訪問看護2は週1回という人が大多数を占めて25人、週2回が5人、週3回が5人で、訪問看護3は、週1回が7人、週2回が2人、週3回が1人となっています。時間単価は、訪問看護1が8,500円、訪問看護2が8,300円、訪問看護3が7,990円になります。医療保険は1時間当たりの単価が逆に安く、6,766円です。ただ、利用者にとっては、自己負担が介護保険のアップーを超えても気になりませんから、医療保険にかかれる診断をしていただいたほうが得になります。

今は見なしで在宅療養支援診療所に手を挙げているクリニックがありますが、実際に24時間体制でやることはできません。その際に、例えば当社と組んでいただければ、当社が24時間体制でサービスを提供します。この場合、先生は月に2回ぐらい往診すれば、医療保険から10万円ぐらい入ってきます。我々には1人2,500円がプラスされることになります。

先ほど申し上げたと思いますが、これから医療保険対象の療養型に転換する5年間に、開業医の先生方が目覚めて在宅療養支援診療所を一生懸命やればやるほど、自治体の負担が減るという仕掛けになっています。ですから、そのように持っていくのがベストではないでしょうか。そのために、私は現在、全国的に各地域の医師会の会長にあいさつをして回っています。ただ、企業がやっているとそれだけで会ってくれない医師会の先生もいる

ようです。各市の方々も医師会の先生にそういうお話をぜひしていただきたいと思います。

セントケアの業績変化

セントケアの訪問介護の拠点は、平成16年3月の段階で102か所でしたが、平成17年3月には137か所に増えました。売上で見ると、全国平均の前年度伸長率は要支援で13%でしたが、セントケアではなんと140%ということで、2.4倍になっています。要介護1～5でも確実に伸ばしていました。それは、拠点を増やしたのでこれだけ伸びたということです。ところが、平成17年から平成18年の伸長率は、拠点は10か所増やしたのですが、全国平均より悪い状態で、マイナス3%となっています。

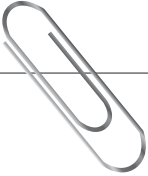
訪問看護は、平成16年度から平成17年度の伸長率は全国平均で0%と、ほぼ変わりませんでした。現在、訪問看護ステーションは全国に5,200か所あるのですが、医療法人や看護協会等がやっているものが大多数です。当社は現在36か所と、企業ではダントツの1位です。これから企業立の訪問看護が増えるように、我々は今、フランチャイズなどもやっています。拠点数は17年度の15から18年度には一気に22に増え、今期は先ほど言ったように36か所になっています。ですから、平成17年度から平成18年度の売上も全国平均は5%しか伸びていないにもかかわらず、セントケアは35%と大幅に伸びました。

訪問入浴はご多分に漏れずマイナスで、全国平均よりも悪くなっていますが、通所介護は拠点を増やしたので、全国平均よりも伸びている状況です。

いい悪いは別として、拠点を増やさない限り、ヘルパーの数を増やさない限り、売上は

伸びません。そうすると経費の固定費をカバーできないわけです。悪い言い方をすると、介護事業は自転車操業なのです。止まってしまうと利用者は減っていくばかりです。ですから先行投資費用が必要で、一定の資金力のある会社しか生き残れない時代になるのではないかと考えています。

本日はどうもありがとうございました。



第 3 回 講 座

平成18年 7 月28日実施



テーマ：「認知症支援についての現状」

講 師：沖 田 裕 子

(大阪市社会福祉研修・情報センター)

「認知症支援についての現状」

大阪市社会福祉研修・情報センター

沖 田 裕 子

はじめに

私自身のことを最初に紹介しますと、私は看護師で、最初はてんかん専門の病院で働いていました。難治性のてんかんの患者さんが全国から治療に来られる病院で、患者さんと一緒にバレーボールをしたり、切り絵をしたり、私の看護の原点には利用者の方と一緒に過ごすということがあったのだと思います。

そこで働いていたときに、自分の祖父母が認知症になったり、友人のお母さんが認知症であったりしたことから、自分の老後を考えるきっかけになりました。豊かだと思っていた日本で、寂しい死に方があることも知って、高齢者福祉に少し興味を持っていたときに、24時間テレビで北欧のことが報道されていました。首から上しか動かない脊髄損傷の方が家で一人で暮らしておられることを知り、日本と随分違うのだな、この国を見てみたいと思って、スウェーデンの施設などを見学しました。

そのころスウェーデンでは、サービスハウスというのが盛んに作られていました。下にデイサービスやヘルパーステーション、上が入居スペースになっていて、ヘルパーさんに来てほしいときにはそこからサービスを呼べるし、一回もトイレの水を流さなかったりすると下のセンターにコールが入って訪問するという形の、ケア付きマンションのようなと

ころです。古いタイプのナーシングホームもまだあったので、そういうところも見て日本に帰ってきたのです。

そして、今度は日本の福祉の現状はどうなのだろうかと思い、特別養護老人ホームに就職しました。そのあと、高齢者のケア付きマンション、重度痴呆デイケアで働きました。ちょうど介護保険に切り替わるときに、大学の修士課程に行き、修士課程がちょうど終わったときに、愛知県の認知症介護研究・研修大府センターに就職しました。

その後、現在の仕事につきました。西成の大阪市社会福祉研修・情報センターなどで精神疾患も含めた認知症等の困難ケースに対してのスーパーバイズをしています。虐待の事例もありますし、家族全体の問題もあります。大阪市社会福祉研修・情報センターの相談支援課では、高齢者の総合相談窓口と地域福祉権利擁護事業の権利擁護の相談の部門とが一緒になっており、高齢者だけではなくいろいろな人の相談を受けています。認知症専門医の医療相談や、権利擁護相談などの弁護士による相談もあります。そういう専門家の相談なども併せつつ、地域の方たちや包括支援センターと協力しながらいろいろな困難ケースの解決に当たっているというのが、私の中心の仕事です。そのほかはこういう研修と、後で少しお話ししますが、今、認知症を



知るキャンペーンという国の事業の中で「本人ネットワーク」を担当させてもらっています。彼らが社会に何を求めているのかということも引き出せるような、そういう主張が社会に伝えられるような本人会議をやりたいということで、そんなことも進めています。

1. 認知症の本人の声、心的心声を聴こう

クリスティーン・ブライデンさんというオーストラリアの方の言葉です。彼女は、46歳で認知症の診断を受けています。2003年に日本で講演された時の彼女の言葉です。「皆さんが話を聴いてくれないと、私たちは話す努力をやめてしまうかもしれません。私たちは同じ言葉を繰り返すことができないので、注意深く聴いてください。私たちは一生懸命話そうとしますが、文法や構文が正しくなく、たどたどしい話し方になってしまうことがよくあります。どうか、伝えようとしている、その気持ちをくんでください」。彼女が日本に来られたときに、「日本の方へのメッセージは何かありませんか」と言ったら、「listen、listen、love、love」と言われたのです。つまり、話を聴こうとしてくれれば、どんなにたどたどしい話し方でも、きっとあなたに私の気持ちが伝わるはずだということです。認知症の方と接する時には、相手を「分からなくなってしまう人」として扱うのではなくて、意思ある人として尊重することです。認知症の人は、何かを伝えようとしているのだけれども、それがきちんとした言葉ではない場合もあると知ることです。

あるアルツハイマーの方が、何を見ても「年金」と言うのです。初めはこの方は、お金にとっても執着しているのかなと思っていたのです。しかし、ある時倒れていた他の利用

者を見て、「年金さん、大丈夫ですか」と言われたのです。この方は、何か大切なことは全部「年金」になってしまうのだということが、そのとき初めて分かったのです。「パンツ」と言っている人もいます。そういうふうには何か決まった単語しか言えないという方はたくさんいらっしゃいます。

「呆け老人をかかえる家族の会」は6月3日に「認知症の人と家族の会」という名前に正式に変わったのですが、先日、その広島支部で若年の家族会の世話人をされている方と話をしました。そこには対応の難しい若年の女性の方が来られていて、その方に何かさせようとして寄っていくサポーターに「ばか」「あほ」と言われるのだそうです。「ばか」や「あほ」はまだみんな耐えられたらしいのですが、じいっと見て、面と向かって「あんた、ぶさいくね」とも言われて、サポーターは心情としてだんだんその人に近寄れなくなって、みんな疲れ切っていました。その世話人になっている方は、息子さんも息子さんの妻も知的障害があるのです。彼女が、ソファに座っていたので、サポーターが「この人は難しいから、もう彼女のところに預けよう」と思って隣に座らせたら、その「ぶさいくね」と言っていた人が、彼女には「あんた、かわいいね」と言ったのだそうです。そこで、「ぶさいくね」と言われた自分たちと「かわいいね」と言われた彼女と何が違うのかと考えてみたそうです。そうしたら、世話してあげようと近づいてくる人、自分がしてほしいことではなくてトイレに連れていこうとしたり、あっちではなくてこっちへ連れていこうとしたりする人にはみんな「ぶさいくね」と言っていたのです。けれども、彼女は何もせずに横に座っているだけですから、自

分に全く危害を加えない人、自分を意図的にコントロールしない人なのです。その彼女に対しては「かわいいね」と言ったのではないかということを考えました。そこで、次からはイケメンの男子学生さんに、「隣に行って、何もしなくていいから、目をよく見てにこにこしておいて」とお願いしたのだそうです。それだけでその方は、反対側にはご主人がいるのだけれども、ご主人の方を全然見ないで、若いイケメンの学生さんをにこにこ見て、機嫌よく過ごされたということです。

認知症の人は、言葉そのもののやり取りよりも、もっと感覚的なところで理解されているように思うのです。認知症の人のところに行くときに、自分が焦った気持ちになっていると絶対に受け入れてもらえません。いつもゆったりした気持ちで近づいていかないと、まずその方が何を求めているのかということを感じられる自分でないと、拒否されることが多いです。

2. 認知症の物忘れとは？

まず、認知症とは何なのかということですが、認知症は症状群のことを指します。痴呆症という言葉が、侮蔑的であるということで、認知症に改められました。では、認知症とアルツハイマーは、どう違うと説明したらよいでしょうか。認知症というのは共通の症状、全体の症状群を言うのであって、アルツハイマーはその原因になる病気のひとつです。原因になる病気によって多少、症状の出現は違うのですが、認知症だと臨床診断される共通の症状があり、その一つが「記憶障害」なのです。

でも、「私は絶対忘れない。物忘れなんかしたことはない」という人はいないと思いま

す。認知症の物忘れというのは体験の全体を忘れるというものです。ですから、何か取りに行こうと思って3歩あるいたら忘れたということが日常的にあっても、それは安心してください。ただ、ここにいる人は皆さん18歳以上で、みんな認知症になる資格はあるのですから、今日の話は人ごとだと思わず、自分の身にも起こると思って聞いてもらえればいいと思います。私が出会った方で一番若い方は29歳です。発症はもう少し早かったと思います。介護保険も使えなくて大変でした。認知症の話を聞くときには、自分の身にもおきるかもしれないと思って聞いていただくことが一番大事なことです。

では、体験の全体を忘れるというのはどういう物忘れでしょうか、1週間前に同窓会があったとします。1週間たつと、同窓会に來ていた人の名前が出てこないことがあります。でも、同窓会に行ったことは忘れません。1週間たつて「先週の日曜日、同窓会に行ったでしょう」と言っ、「行ってないよ」と言いだしたら、これはちょっと危ない物忘れです。それから、この中にもお酒をたくさん飲んで記憶を失った経験のある方がいらっしゃると思います。あれは短期間の認知症体験です。あの時自分は何をしていたのかと考えると、大変怖いものですね。次の日、同僚に「あのとき、私、何してた？」と聞くのも怖いということがあるかもしれませんが、お酒を飲んで記憶がなくても家に帰れています。どうしてかという、泥酔した状態というのは短期記憶障害で、頭の中の長期記憶は保たれていて、家は長期記憶の中にあるので帰れているのです。そして、昨晚の短期記憶がすっぽりとなくなっているということがお酒によって起こるのですが、アルツハイマーの



人などはお酒を飲まなくてもそれが起こって、長期記憶の部分まで障害されてしまうということなのです。

新しいことが覚えられない、思い出せないというのがありますが、全く覚えられないわけではありません。直接ケアされたことのある方はご存じかと思いますが、訪問して名前は覚えてくれないけれども、顔を見たら「こんにちは」と言ってくれるようになるとか、デイサービスでも、いつも同じ場所に座っていたらだんだん案内しなくても座れるようになるとか、繰り返しをすることによって覚えられることもあります。ですから、認知症の方が全く覚えられないわけではありません。新しいことを覚えるのが苦手ということです。

それから、日時や場所、人があやふやになるという見当識の障害が顕著に起こってきます。特にアルツハイマーの場合、時間の感覚、24時間の感覚も不確かになってきます。24時間の感覚が不確かになると、例えば、夜になったら「仕事に行く」と言っていた人がいます。「うちの主人は夜になると『仕事に行く』』という言うことを聞かないんです」という質問を介護家族から受けたりします。ご本人は昔の記憶が全くなくなっているわけではないので、何かしないといけないと思っていらっしゃるのです。昔は仕事の準備を確認して寝ておられたのでしょうか。それができないつらさがあるのです。今は仕事を辞めているということはすっかり忘れていますから、この不安は仕事の段取りをきちんとしていないからではないかというふうに、認知症の不安と仕事の準備ができていない不安が同一になってしまうのです。

デンマークには認知症コーディネーターという資格があり、その講師の方から教えてい

ただいたのですが、下がネガティブな記憶、上がポジティブな記憶だとすると、ゼロ歳から現在まで時間が流れていく中で、認知症になった時の不安を過去の不安だったことと同一視して、過去の不安を解消しようとする行動がおきることがあります。また、アルツハイマーの方は、年齢が逆行してしまうという特徴もあります。

アルツハイマーの方に「お幾つですか」と聞くと、70歳なのに「30歳です」と言われる方がよくいらっしゃいますが、本当に自分は30歳に戻っているのです。本人は間違っているわけではないのです。そうかと思うと70歳に戻ったりしますので、時間の軸を行ったり来たりしているのだと思います。

脳血管性認知症の方は、現在に近いところの情報が穴が開くように欠落すると説明されます。ところどころ情報がないので、情報が十分でなく事実を間違えて認知し混乱してしまうのです。ちょっと場所が変わったり、いつもと違う人が来たりすると混乱してしまうことがあります。脳血管性認知症の方は、アルツハイマーの方より現実感があります。ですから、脳血管性の認知症の人には、きちんと今日は何があるということを伝えてあげたほうが本人の混乱を避けることができるのですが、あまりたくさんの情報を受け止めることはできませんから、一つずつ伝えていくということが大切です。

それから、一度にいろいろなことをすることが難しくなってきます。例えば、上手にお料理ができていた方でも、料理というのはかなり複雑な工程がありますから、「ねぎを切って」とだけ言われたらねぎを切ることはできるけれども、冷蔵庫からお豆腐を出してきて、おみそも出してきて、最終的にはおみ

そ汁を作ってしまうようなことは難しくなってきました。でも、反対に言えば、認知症の方も一度に一つずつならできるのです。

それから、できる事、できる時もあります。このちぐはぐさが、家族介護者の方が特に混乱されるところです。一様にできないのなら対応はそれほど難しくないのですが、服は着られるのに、ほうっておくとブラウスの上にアンダーシャツを着たり、一回着たらなかなか脱いでもらえないとか、ちぐはぐなのです。さっきはできたのに今はどうしてできないことが一般の方には理解しにくいところなのです。

そして、進行性であるということが認知症の特徴です。

3. 認知症症状をきたす疾患

認知症の代表的な原因疾患は四つあります。いちばん多いのはアルツハイマーですが、ほかに脳血管性のもの、レビー小体を伴うもの、前頭側頭葉変性症などがあります。脳血管性認知症以外のほかの三つは脳の変性疾患です。

アルツハイマーというのは、脳の断面で言う後ろのほうから大体真ん中の海馬にかけて障害されますので、記憶の障害が目立ちます。前頭側頭葉の変性かアルツハイマーかは、PETなどで血流量を見ることによって画像診断されます。アルツハイマーの治療には、アリセプトの薬物療法と非薬物療法があります。

レビー小体を伴う認知症というのは、小脳から視野をつかさどる脳の後ろぐらいのところに障害が起きるので、特徴的な症状はパーキンソン症状と幻視があります。はっきりいろいろなものが見えると言われたりする方は、レビー小体の可能性があります。レ

ビー小体を伴う認知症にも、アリセプトで症状の改善がみられるといいます。アリセプトは、費用対効果が低いのでイギリスでは保険が効かなくなったそうですが、後で見ていただくクリスティーンさんなどはずっと飲んでいて、彼女は自分の生活に必要なだと言います。今、日本では1日5ミリまでしか飲めません。でも、外国では10ミリ飲めます。人によると思うのですが、10ミリ飲めばかなり進行した状態でも効果が期待できると言っている研究者もいます。ただ、アリセプトは根本的な治療薬ではなく、脳の細胞と細胞の間の伝達物質を分解する酵素を抑制するという作用しかありません。人によってはアリセプトを飲むと逆に興奮してしまうという副作用が出る場合があります。その人にあった適量というのがあるので、そのような場合は、もし5ミリ飲んでいたら3ミリにするとか、1ミリでも興奮するようであれば1日置きに飲むようにするというようにして調整して適量を探してことです。副作用のための心疾患などで飲めない方もいらっしゃいますが、現在唯一といっていい治療方法ですので、アリセプトをできるだけ飲むように認知症の方に治療をもっと積極的に進めるべきだと思います。ワクチン療法のほか、非薬物的な療法がありますので、治療をあきらめないことが大事です。

それから、前頭側頭葉変性症ですが、前頭葉には行動を我慢したり統制をしたりする機能があります。例えば、お金をあまり持っていないければ、通常は高い物は買いませんね。自分のお金と相談をして、「今日はこれだけあるから、これを買っておこう」となるのですが、ここが障害されると、欲しいと思ったからお金を持っていないくても持って帰ってきて



しまったりします。一見、自己中心的に見えます。ものすごく道徳的な感じの方だったのに、突然、女医さんの前に行ったら「きれいですね」とか、「先生、おつきあいしませんか」とか、そんなことばかり言ったりする方もいて、抑制がきかなくなります。

また、前頭葉が障害されると、時刻表的な行動と言うのですが、例えば毎日同じところに行って帰ってきたり、決まった時間に決まった行動をするということがあります。記憶は障害されていないので迷子にならず周遊して帰ってこられるわけです。喫茶店に日に何回も行っては帰ってきたりします。このように、時刻表のように時間を見て行動される人、すごく几帳面だと言われる認知症の方の中には、もしかしたらアルツハイマー病ではなく前頭葉が障害されている方がいるかもしれません。

側頭葉が障害されると、言葉自体が出なくなる人もいますし、人の言っている言葉が理解できなくなる人もいます。例えば文字の持っている意味は分かるし、自分で文字が書けるのですが、「お風呂に入りましょう」と言っても分からなくて、ジェスチャーゲームのような感じで服を脱ぐまねをするとお風呂だと理解してお風呂に入れるのです。障害される脳の部位によって若干違うのですが、次第に脳全体に及んでいくので、最終的には同じような症状が出てきます。

認知症疾患センターは府内に八つあり、その八つの中でも入院できる・できないとか、いろいろ特徴があるので、受診の目的や利便性を考えアドバイスしていくことが重要です。

病院というより、お医者さんといかにつながっていくかが認知症ケアの中ではすごく重要と思うので、お医者さんに診てもらっただけ

では不十分な場合も多く、反対に私たちは、在宅で過ごせるように在宅サービスを整えたり、家族のフォローをしたりということももちろんやっていて、ギブ・アンド・テイクで連携を日頃から密にとっていけば、困った時には入院させてもらったりできます。病院とよい関係を作りたいときは、入院したり受診したりするときにも、何の目的で行くかを明確にして、付き添いをきちんとするなど、病院が困らないような形で患者さんに行ってもらうことが大切です。そうでないと、病院のほうから「もうあなたのところの市役所から紹介された人は診れない」と言われることになりますので、照会する時や在宅に戻ってくるときのフォロー、地域的なフォローというものもしていく中で、病院の協力が得られていくのだと思います。今はこのほかにも原因の疾患が細かく分かるようになってきていて、原因疾患によっては若干対応が違っていますので、特に対応の難しいケースについては臨床診断をしていただくことが大切かと思います。

4. 中核症状と周辺症状

認知症のケアの中では、中核症状と周辺症状を分けて考えることが重要だと思います。中核症状というのは、認知症の方なら誰にでも起こる症状です。一方、周辺症状は、問題行動とか行動障害といわれている徘徊や不穏、異食、暴力、暴言というのは、誰にでも起こるものではありません。しかし、認知症ケアの中でどうしてもターゲットになるのは周辺症状です。周辺症状をいかに押さえ込むかということがケアプランにあがりやすいです。ケアマネさんのケアプランを見ると、「暴力をなくす」などということが短期目標に書か

れていたりします。この周辺症状を単純に
なくしてしまおうと思えば、閉じこめたり薬漬
けにしたりすればいいのですが、そうすると
認知症の方の人間性というのが本当に見えな
くなってしまいます。

ある娘さんがお母さんを在宅で見っていたの
ですが、目を離れたすきにお母さんが出て
いって、すごく遠いところまで行って保護さ
れたため、自分はもう見られないということ
で老健に入所してもらったのです。そうした
ら、薬漬けにされて、よだれを垂らして、全
然元気がなくなっていました。びっくり
してお母さんを退所させたものの、ちょうど
お父さんも倒れられて家では見られないから
と、緊急入所されて、薬を全部離したら、や
はり徘徊は始まるのですけれども表情も出て
くるし、娘さんが来られたらうれしそうにも
されるということで、娘さんが非常に喜ばれ
たという事例があります。

認知症の方が徘徊をしたり、不穏になつた
り、暴力をふるったりするのには理由がある
のです。何もなくて徘徊はしません。例えば、
どこかにいきたいという目的がある人もいま
す。行っている間に目的が分からなくなって
しまう人もいますし、「嫌だ」と言えなくて
暴力をふるっている人もいます。ある特養の
ケアプランに「暴力がある。暴力をなく
す。」と書いてあったので、スタッフに状況
を聞くと、デイルームにいて近くに来る人を
たたくののだといいます。「この人はほかの人
をたたくときに何か言っていますか？」と
たずねると、「うるさい」と言っているとい
うのです。うるさいけれども、自分でその
場所から逃げられないからたたいているので
す。それならば、うるさくないところに座ら
せてあげればいいのではないかとということ

す。

うるさいということをうまく表現できなく
て、自分はもっと静かなところで暮らしたい
のだと言うことができなくて暴力に訴えてい
るのだから、この周辺症状をなくしてしまう
と、本人の言いたいこと自体も見えなくなっ
てしまう可能性があります。ですから、私は
このごろ、ケアマネさんには「周辺症状をな
くす、減らすというプランは立てないほうが
いいよ」と言っています。その行動が何故起
こっているのか、考えることが大事なのです。

時間が分からないとか、場所が分からない
とか、言葉が言えないという中核症状で困っ
ているのですから、これからのケアは、そこ
自体をどう補っていくか。つまり、「あなた
のいていい場所だよ」と分かるような場所づ
くりが必要です。例えば、小規模多機能が認
知症の人にとっていいといわれたのは、狭い
からです。認知症の方にとっては、狭ければ
広いよりも覚えることも少なくて済みます。
一人ひとりに合ったケアをより提供できます。
小規模多機能の中でも民家改修型というのが
あります。今まで畳で暮らしていた人は、や
はり畳があるような生活が落ち着くのです。
私の友達が、家をリフォームした時に全部フ
ローリングにしたら、家に帰っても疲れがと
れないと言っていました。フローリングでも
靴を脱いでくつろげるのですが、畳だと落ち
着くようで、うちはマンションなのですけれ
ども掘りごたつがあって、「落ち着くわ」と
言ってみんな昼寝して帰っていきます。環境
で「落ち着く」というのは、認知を助けてあ
げているということだと思ふのです。今まで
の暮らしとそれほど変わらないような、なじ
みのあるものがそこにあれば落ち着くのです。
なじみの場所というものが認知を助けている



ことになると思います。

施設ではご本人のお部屋に名前が書いてあったり、最近では表札が置いてあったりしますが、あれも場所の認知を助けていることになりますし、皆さんが訪問に行かれたときに、次の訪問日をカレンダーに大きく丸をつけてくるというのも記憶力を助けていることになると思います。このように、中核症状自体をどのように補っていきかを考えるべきなのです。

それから、中核症状から周辺症状が発生するプロセスというのがあります。例えば場所が分からない不安があれば、その不安をどのように解消できるか。人生の中でたった一回しかなかった、ネガティブな思い出が、認知症になった今の不安と結びついているのであれば、ネガティブな思い出と混同せずに安心して暮らせるかということを考えていただきたいのです。周辺症状は皆さんに「何とか助けてください」と言っている認知症の方のサインなので、それを押さえ込もうとしないで、中核症状から周辺症状に行くまでに何が起きているのかを考えていただくことが大事ではないかと思います。

5. 段階毎の支援

もう一つの視点は、認知症の方は一様ではなく、ステージがあるということです。今のポピュレーションアプローチ（対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチし、全体としてリスクを下げたいという考え方）の対象になっている方の中には、かなりリスクが高いという人もいるかもしれません。認知症まではいかないけれども認知症がないとも言いきれない、ほうっておくと本格的な認知症に移行するのではないかという軽度認

知障害（MCI）の人も随分いらっしゃると思います。少し前までは、介護予防の対象というのは完全に認知症になっている人たちが対象で、その人たちの症状が進まないようにということでしたが、今は正常な人から軽度認知症の人の混合のグループで介護予防をしていくという流れになっています。

それから、今テレビに出て話をしている認知症の人は、ほとんど軽度の方です。その一方で、お話がほかの人にはできないで大混乱していて、暴力をふるって施設に入っているという重度や中等度の人もちろたくさんいらっしゃいます。それぞれのステージに合わせ、また、その方の居場所に合わせて介護の方法を考えていかなければいけないと思います。認知症をひとくくりには考えられませんが、ステージを見極めてアプローチをしていくということも大事になってきます。

6. 本人から見た認知症について

クリスティーン・ブライデンさんが言われている講演の中からの言葉です。

「私にとって最大の恐れは、病気が進んで重度になった時に、自分も家族もわからなくなってしまうことです。恐れによって私たちは病気を否定します。病気でどこも悪くないふりをするのです」

彼女のように、自分の中にこういうことが起こっていると言える人はまれです。彼女は科学者で、政府の役人に科学の説明していた人です。発症してからも、彼女は心理学の学位を取っています。彼女の論文を読むと、長文で、すごく難しく、大変頭がよい人だとわかります。

認知症というのは一様にダウンするのではなく、もともと持っていた能力からダウンす

るので、認知症になって困らないようにするために、今の能力を上げておくというのも一つの方法です。今のうちにいろいろなことに挑戦して頭を鍛えておくと、認知症になっても、そのレベルから下がっていくのです。学歴と認知症の症状の進行具合は関係あるという研究もありますから、自分の能力を高めておくことも大事なことです。

彼女は客観的な科学者の目を持って言っているので、自分の苦しみも語れますし、自分の中に起こっていることを私たちに伝えてくれています。言えない人たちの代弁者だから真摯に受け止めなければいけないと思ってお話を聴いているのですが、認知症の方の中には、自分はどこも悪くないと言う人もいます。何か自分の中に問題があることを隠そうとしているのです。でも、その方は病識がないわけではありません。認知症の方は病識がないといわれていますが、私はいろいろな方にお会いして、どんなに進んだ方でも自分の中で起こっていることに不安にもなっているし、病識はあると思っています。

7. 環境によって大きく左右されます

「環境によって大きく左右されます。皆さんが何でもやってくれれば、私たちは機能なくなります。皆さんが話を聴いてくれないと、私たちは話す努力をしなくなります。皆さんが私をうるさくて混乱するような場所に置いておくとひきこもってしまいます」。

(クリスティーン・ブライデンさんの講演の中から)

日本でも、児童相談所に勤めていた長崎の太田さんという方がいらっしゃって、この頃テレビでもお話しされていますし、講演もされています。クリスティーン・ブライデンさ

んの本を出しているのと同じクリエイツかもがわという京都の本屋さんから『私、バリバリの認知症です』という本も出されました。テレビで質問されて答えていらっしゃいましたが、「バリバリ」とは「すごい」ということだそうです。

彼はデイケアに通っておられるのですが、決められた時間に来られなくなったそうです。それで、デイケアのスタッフが彼に「出掛ける時間に電話をしましょうか」と言ったら、「やめてください」と断られました。その時間に電話をもらったら、電話をもらったら出ればいいと思って、もう時計を見なくなるからです。自分で何時までにこういう段取りをして、時刻表を見て、この電車だったら間に合うからそれに乗ろうということを今はされているのですが、それでも時間が分からなくなるので、出る時間を言ってくれたらいいとおっしゃるのです。今までスタッフは、「12時に来てください」と着く時間を言っていました。逆算が難しかったのです。それが難しくなったのであれば、今度は出掛ける時間を言ってくださいと言ったのです。「自分の能力を奪わないでください」と彼は言われたそうです。

私もデイケアに勤めていましたが、来なくなったら、まず本人の家に電話をしていました。でも、そのことがご本人の能力を奪うこともあるのですね。クリスティーンさんはここで「何でもやってくれれば」と言っていますけれども、介護の仕方によってはその人の能力を奪ってしまうことにもなります。

8. こんなふうに助けて下さい

まず、「周りの雑音を避けてください。」意外と音の方がその方の注意力、集中力を妨げて



いることがあるのです。クリスティーンさんも、雑踏の中に行くときには耳栓をしていると言っていましたし、国際アルツハイマー会議のとき、認知症の人のためのブースに耳栓を置いていたと言っていました。たくさんの人がしゃべっていたり、いろいろなBGMが流れていたりすると、どれを聞けばいいかわからないのです。私たちが雑踏の中で話をするときにその人の話に集中できるのは、耳が音を選択できる能力があるからです。それが難しくなっているということもあるので、私も認知症の方のいらっしゃる環境には、これぐらいの音で大丈夫かということを考えます。ご飯を食べるときにテレビをつけていてあまり集中できないのであれば、テレビを消して食べてみたらどうかとか、いろいろ試してもらっています。

それから、「決まった日課をこなすように勧めてください。」時間の感覚が不確かになってくると、今ご飯を食べていいのか、朝ご飯なのか昼ご飯なのかということが分からなくなってくるのです。ですから、決まった時間に、その方に合った日課をこなすように勧めてください。

それから、記憶に残るのは、皆さんが何を言ったかではなく、その言い方です。話の道筋は分かりませんが、感情は伝わってきます。冒頭の「ぶさいくね」と言われた話はこれに関係あると思うのですが、優しい言葉で言っているつもりでも、その裏にある気持ちはよくも悪くも伝わってしまいます。

9. 一瞬、一瞬を楽しんで

「覚えている?」「分かる?」と言われると、それだけで何もできなくなってしまうことがあります。認知症で記憶の障害がある人

だと思うのに、覚えていてほしくて、どうしても「分かる?」「覚えている?」と聞いてしまうのですが、そうすると答えられることも答えられなくなってしまうのです。クリスティーンさんは「幕が下りたみたいになる」と言われていました。

あまり来ない親戚の人ほど、「私のこと、覚えてる?」と言いがちですが、思い出してほしかったら、思い出す手掛かりをあげてください。私はこの間もクリスティーンさんに会ったのですが、必ず自分の名前を先に言いますし、彼女と会うときは名札を下げていきます。それぐらいの配慮が認知症の人には必要だと思います。

「私の気持ちをあなたと共有できるところまでもっていくために、何か思い出す手掛かりをください。」私も道で会った人に「今日は。先生、お元気ですか」と言われて、「どこで会った人だろう。先生と呼んでいるから、何か研修で会った人かな。」といろいろと考えるけれども思い出せないという時は冷や汗ものです。そんなときには「あれからどうなった?」と言うといいと教えてくれた人がいました。手掛かりがもらえるのです。「〇〇市であった講演は大変でしたね」と言われたら、〇〇市に関係のある人なのだというヒントになります。

このように、何もないところで認知症の方と話をするのではなくて、何かお話をしたいければ、例えば話題になるような物を見せるのです。そのときに使っていた物を見せるとか、名札を見せるとか、「私はあそこで働いていて、そのときに一緒だったのですが、楽しかったですね」というような形で話しかけていただけると、思い出せる人もいます。

あまり思い出せなかったとしても、「一瞬

一瞬は楽しんでいるのだから、それでよい」と割り切っていただけたらと思います。ある方が、家族で苦勞して花見に連れていったのに、夜に帰ってきたら「どこへも行っていない」と言われて怒られ、もう来年からは連れていかないとっていました。そういうご家族の方には必ず、「行っていた時は喜んでたんじゃないの？それでいいじゃないの。そのとき楽しかったら。また来年も連れて行ってあげてね」と言っています。その一瞬を大事にしておつきあいをしていくというのが、認知症の方とのつきあいのもう一つのコツかなと思います。「覚えているかどうかが重要ですか、訪問してくれる、あなたが与えてくれる親しみのほうが大切だ」ということです。

訪問看護師さんの失敗談で、長谷川式テストをやったら「おまえはわしを試すのか」と言って怒られたという話を聞いたことがあります。「ごめんなさい」と謝ったと言われていたのですが、なぜその人が怒られたのか、その時に聞けばよかったのです。「こんなテストばかりされて嫌なの？」と聞いたら、もしかしたら「そうなんだ」と言ってくれていたかもしれません。多分、訪問看護師さんが来てくれることが嫌なのではなくて、テストされることが嫌だったのだと思うのです。その辺が勝負なのです。そうしないと、「あの人は嫌いな人」というレッテルを張られてしまいます。なぜ嫌いだったかは覚えていないけれども、とりあえず嫌いな人というカテゴリーの中に入ってしまうと、もう会えなくなってしまうのです。ですから、怒られたりしたときはけっこうその時がポイントで、「これ、やっぱり嫌だったのね。こうやってやられることは嫌なのね」「そうなんだ、嫌なんだよ」となって、この人はちょっと分かって

くれる人なのかなと思ってもらえるかもしれません。こうやって試されるということがつらいんだという話ができれば、そこからまた次の訪問の糸口ができるのではないかと思います。

10. 言動の理解、ニーズを知る。

認知症の方の言動の理解やニーズを知ることが重要です。先ほど少し聴覚のことを言いましたが、私たちと同じようには聞こえていないかもしれない。うるさいところではパニックになっているかもしれない。視覚も、視野が狭くなっていたり、私たちと同じように見えていない方もいらっしゃいます。私自身もめまいがするときがあるのですが、ブロックなどで蜂の巣型になっているのを見るとクラクラしたり、変なものに見えたり、クリスティーンさんも言われていますが、エスカレーターが全部続いて一直線に見えたりするのです。見え方が違うのかな、聞こえ方が違うのかな、場所が分からなくなっているのかな、時間が分からなくなっているのかなという、本人の気持ちの部分だけではなくて機能的にも難しくなっていることを理解していただきたいと思います。

そして、言動の原因や背景を考えていただくためには、手掛かりが要るのです。できればその人の生活背景や病気の前の生活を知ることによって理解できることもあります。それから、どうしても介護支援専門員の実務者研修で教えている既存のアセスメント（課題分析方式）は、「できないことや分からないこと」しかアセスメントできないのですが、「できることや分かること」もアセスメントしていただくことによって、その方のどの辺にアプローチしていけばいいかが分かってきます。



周辺症状も、例えば昨日のケースでもそうでしたが、老健に入っている方でオセロがすごく上手な90歳のおばあちゃんがいらして、その方はオセロをしているときは「帰りたい」とも言わないし、うろうろすることもあります。車いすからのずり落ちが少なくなったのはオセロをし始めたからかなと予想されていました。そのようにできることや分かることに焦点を当てることによって、その周辺症状としてしか不安を表出できなかった部分を小さくすることもできるのです。できることや分かることについてのアセスメントも必要なのですが、そういうアセスメントシートが今まではありませんでした。

そこで、平成16年に全国16か所でモデル事業が行われた「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」（以下センター方式）というものが開発され、徐々に使われ始めています。これは今までのアセスメントとは随分違うもので、兵庫県のケアマネ協会などは東京に15人ぐらい研修に出させて、地域ごとにキーパーソンを作って広めていこうとしています。幾つかの市町村で実践的な取り組みがありますし、大阪では今、継続の勉強会はしていないのですが、兵庫県や滋賀県ではセンター方式を使っているケアプランの書き方、ケアマネジメントの仕方というのを継続してやっています。センター方式という新しいアセスメント方式を認知症介護研究・研修東京センターが中心になって作っています。これを見たい場合は、「いつどこネット」でダウンロードできますし、中央法規からテキストも出ています。

11. センター方式の目指すもの

このセンター方式の目指すものは、これま

での古い認知症ケアから新しい認知症ケアにしたいということです。この中で一番大きなものは、継続的なケアです。今のアセスメントというのは誰のものになっているのでしょうか。アセスメントされたシートは、ほとんどケアマネさんの棚の中に入っています。でも、デンマークでは、本人の生活史など聞き取ったものは本人のお部屋にあるのです。去年、デンマークに行ったときにも、この方はこういうことが好きとか、こんなことができるとか、こういう人生を送ってきましたというファイルが、入居者の部屋に本人のものとしてありました。

生活の継続性をいかに維持するかということは、認知症ケアの大きな問題点です。ご本人が場所を移ると、一からケアが始められてしまい、生活の継続性は、はかられていません。例えば、在宅のケアマネさんの持っているアセスメント表は、施設などに入所したときにはほとんど持って行きません。持って行っても、いつかの時点で何ができなかったということしか書いていないので、「できること」や「やりたいこと」を見つけるためには、あまり役立たないのです。センター方式は、その人の過去を聞き取れるときに丁寧に聞き取って残しておいて、グループホームに入るのであれば、それを本人の持ち物としてグループホームに持っていくのです。自分で「私は過去にこんなことがありました」と言えなくなったときにも、その人の過去と、今と、未来に何を望んでいた人なのだということがつながっていけるようにということで開発されている部分もあって、そのことによって、どこの場所にいても何とか生活を継続させようというものです。

デイサービスなど、大きく居場所を移すの

でなくても、在宅でもリロケーションダメージ（場所が変わることによる混乱）は起こっています。デイサービスの人は、ショートステイの記録はほとんど知らないでしょう。ショートステイで何がされているのか分かりません。反対に、ショートステイ施設は、デイサービスのケアで気をつけていることで、ショート中でも気をつけることはほとんど申し送りされていません。お互いどのような支援をしているのか知らないのです。デイサービス同士もほとんど知らないです。ヘルパーさんが何をしているか、家族のやっている工夫も、ひとりの人に関わっているサービス提供者同士知らないままケアしているのが現状です。この現状を改善するために、皆で同じアセスメントシートを使って情報を共有しようということを始めています。

例えば、ある方がご飯を食べなくなったのです。なぜ食べられないのかと思ったら、ご飯、みそ汁、おかずという3点で食べることが難しくなっているようで、奥様は味噌汁の中にいっぱい具を入れるという工夫をなさっているのです。奥さんはそのことがデイサービスの役に立つなどとは思っていないのですが、デイサービスの人がそれを知って、そういうふうにしたら食べられたそうです。どうやって食べていいか分からなかったところが、家族のやっている日ごろの工夫がデイサービスの専門職のケアの中に生かされていく、このようなやり取りが、センター方式を使ってできるようになっているのです。つまり、継続的なケアというのは、もちろん認知症の初期から最期までケアを継続させていくことなのですが、在宅のときも含めて、今はばらばらなケアの知恵をセンター方式で何とか集めて、統一したケアをしていくというこ

とです。

デイサービスで、すごく体格のいいおばあちゃんなのですが、にこにこ笑いながらガンと頭突きをする人がいました。何か機嫌が悪いわけではなくて、にこにこ笑ってガンとやるので、何がどうなのか分からなかったのですが、センター方式の中にある一日をつけていくシートをつけて、家族の方が、どうもトイレに行く前に頭突きがあるということを発見されたのです。分かっただけでさえものすごく簡単なことなのですが、トイレ介助がきちんとできていれば頭突きはしなくてすむのです。「トイレに行きたい」と言ってくればいいのですが、それを全然つながりがないような行動でされていたので、今まで理解できなかったのです。今まで分からなかったために、その方はショートステイにも行けないうし、デイサービスにも週2回しか行けなかったのが、そのことが分かったことでショートステイも行けるようになって、デイサービスも増やせるようになりました。

12. 様々な可能性

認知症の方にとって難しくなっていることばかりをお話ししましたが、もちろんできる力もあります。体の力で言えば、していないことでもできることがあるし、やりたいことでもできないこともありますので、もう少しできることややりたいことをアセスメントしたいというのが、センター方式の大きな目的です。

それから、記憶の障害ですが、一つひとつのことならゆっくりとできますし、昔のことは比較的覚えておられます。これは作業記憶というのですが、体で覚えたこと、例えばじゃがいもを切ったことのある人なら、じゃ



がいの皮をむくことができます。でも、じゃがいもをむいてくださいと言うと皮はむけるのだけれども、切ってくださいと言っても、じゃがいもを更にむき始めてしまうということがアルツハイマーの人にはあります。そういう場合は、切り替えが難しいために切る行動に移れないので、まな板を横に並べて置いて切るまねをしてあげれば、自分で切ることは経験として持っているのでできるのです。そういう作業記憶が使えないか、長期記憶の中で使えることがないか。

例えば、腰が曲がっていて腰が痛いと言っている、八尾の方は河内音頭が鳴り出したら自然と踊りだされるのです。あの音楽が身についているのです。体が覚えていることや昔学んだことというのはよくできますので、そのことを使っていく。回想法などには、そういう意味があります。

13. パーソン・センタード・ケア

今日はセンター方式などいろいろなキーワードを皆さんに投げかけているのですが、「パーソン・センタード・ケア」というのも認知症ケアの最近のキーワードの中にあります。人中心のケアです。当たり前のことですが、よく考えると、人中心ではなくてケア者中心なのです。

ケアや心理的な援助、リハビリテーションを、認知症の人の「人間性personhood（その人らしさ）」を中心に構成していくということで、このパーソン・センタード・ケアという考え方は、イギリスのトム・キッドウッドという心理学者が最初に言われた考え方で、困難で混乱した行動を理解する。その人の生活背景や生活史から、個人的なケアのパターンや過去の好み、関心を反映したケアプ

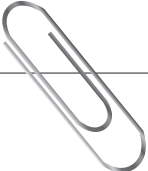
ランを確立していく。このパーソン・センタード・ケアの具体的なアプローチ方法を引き出すツールとして、センター方式が使えるのではないかと思います。

14. 「認知症を知る」キャンペーン

最初に少し言いましたが、今、「認知症を知る」キャンペーンというのを厚生労働省がやっています。そのホームページは、「だいじょうぶネット」と言います。また、69歳の水木さんという認知症の方ご本人が、ブログを開いていて、そこに認知症の人が何人か書き込んでいます。認知症があってもブログで意見交換ができる時代になってきているということで、そういうページを作りたいと、キャンペーンのホームページも、改良中です。

キャンペーンの中身は幾つかありまして、この中に認知症の本人のネットワークづくりというのが入っています。去年の取り組みについては、「だいじょうぶネット」のほうにレポートを書いておりますので、見ていただけたらと思います。

では、長くなりましたけれども、これで終わります。



第 4 回 講 座

平成18年 8 月 4 日実施



テーマ：「保険者・事業者の今後」

講 師：藤 井 賢一郎

(日本社会事業大学専門職大学院
ビジネスマネジメントコース客員教授)

「保険者・事業者の今後」

日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース

客員教授 藤 井 賢一郎

1. はじめに

専門職大学院という名前を聞かれたことがあると思います。私自身、社会事業大学がメインですが、それ以外に、早稲田でも介護予防のコースで、健康医療政策論や健康医療経済学を担当しています。専門職大学院は、社会人でもすでにある一定のレベルにある方々を教えるものですから、教えるほうも緊張しますし、4年制の大学生には休講にして単位をあげるのが一番いい先生なのですが、専門職大学院は最後の1回を休んだら怒られます。逆にいうと、「私はこのように考えるのですが、皆さんどうですか」という形で、私も教わりながら進めさせていただいて、非常に勉強になります。

私自身は大学に長くいて、10年ぐらいずっと精神障害の問題研究していました。20年以上前、修士のときに精神病院の3週間の実習を2回やりまして、こんなことが世の中にあったのか、こんなことは許されないのではないかと、もう愕然としました。もっとも、今も基本的にあまり変わっていません。多くの方は直接ケアのほうに気がいくのですが、私自身は制度・政策の問題と、精神障害の場合は当時は福祉ではなくて医療でしたので病院ですが、その中で経営をやっている方々、この両方の問題が気になって、制度および制度ビジネスという両方の問題を勉強したいと

思い、博士号まで取りながら民間の会社に入りました。

精神障害をやる気で会社に入ったのですが、何年かすると、「精神病もお年寄りも慢性的なものは一緒だろう」ということを上司にいわれて、高齢者をやることになりました。ちょうど介護保険制度を作る法律ができる頃でしたので、そのころから一生懸命、厚生労働省に営業をかけました。総合研究所には、どこかがお金を出しているところもありますが、多くのところはお客さんからの注文だけで成り立ってしまっていて、本当に純粋な民間です。私のいた会社も8~9割が厚生労働省の仕事の委託を受けて、あとは全社協などの仕事です。

そこでは、厚生労働省が作っていく政策のベースになるような数字を基礎的な調査をして作ることでお金を稼いでいました。それで食べていこうとなると、厚生労働省の人たちが何を考え、どうしたいのかを、寝食を共にして考えられないとお金に結びつかないということで、非常に密接なつながりをしました。この間も早稲田で、今は保険局の医療課の課長補佐になって診療報酬をやっておられる人に来てもらって話をしてもらったら、「実は私は藤井さんとは一時期密接な仲にあって、介護報酬を作っているときは、妻や子供よりも何よりも藤井さんによく会話が合ったぐら



いだった」というお話をなさっていて、そういえば自分もそうだったと思いました。

今、療養病床をなくすということが大変な問題になっています。地域ケア整備指針が国で作られ、地域ケア整備構想が各都道府県で作られるということで、今、モデル的に、この辺ですと神戸市が動いているのですが、私自身は熊本県が担当で、国の委員会に入らせていただいています。

厚生労働省は今の制度改革、特に介護保険に関して、何を考えて作ったのか。何も考えていないのではないかなと思うくらい皆さん方が困っておられるケースもあるようですが、正しいかどうかは別として、一定の仮説を持って非常にきちんと考えて作っていることは間違いありません。特に介護予防や地域包括支援センターという分かりにくいものがあるのですが、これも東京であれば稲城市や品川区などをモデルにして考えながらやっています。今回も小規模多機能など、いろいろ分かりにくい新しいサービスができましたが、これも新潟県長岡市のこぶし園や長野県上田市真田町のアザレアンなど、最先端の事業所の人たちの話を聞きながら作っているのです。非常に現場のことをよく見にいき、聞きにいった作っているのですが、日本全国を見ているわけではありません。ある一部を見て、こうならなければいけない、こうしたいということで作っていますので、これが現場まで来ると大混乱になるという理屈はよく分かります。

2. 財 源 問 題

(1) 国の財政状況を世帯の収支で考えると

まず皆さんがたも日ごろ困っておられる財源問題ですが、どう考えても、なりふりかま

わぬ削減であると思います。

去年決まった今年の予算を、世帯収入ぐらいいで考えると少し実感がわくのではないかと思います。年間800万円ぐらいい使っているという、皆さん方の家庭もこれぐらいいというところはあるのではないかと思います。借金返しが188万円、ボーナス月を入れると月10万円ぐらいいですから、これぐらいいの借金はそれほど珍しくないと思います。ただ、実際の収入は497万円で、500万円ぐらいいしか手取りがなくて300万円を借金で賄っているという話を聞くと、ちょっとまずいのではないかなということがあります。さらに借金の残高ですが、これは借り換え借金というものがありまして、これが毎年1,350万円、つまり月々100万円余りこいう借り換えをしています。だから、実はこの借金が相当大きいのです。

皆さん方の市町村もこいう感じで見ていただくと分かるのですが、ここまでひどいところはありません。これぐらいいひどいと、自治体であれば本当にまずいということに必ずなります。こいう状況まで追い込まれています。

(2) 平成18年度厚生労働省概算要求

平成18年度の厚生労働省概算要求では、年金・医療等の経費が19兆3,938億円です。平成17年の時点ではこの額でした。これが黙っていればお年寄りが増えて8,000億円増えるので、2,200億円削減する、つまり5,800億円までは認めるこいうわけです。ですから、社会保障のお金は、ほかの費用が抑えられている中で非常に大きな勢いで増えているのですが、それでも削っていることは間違いありません。額は増えているのですが、確実に毎年社会保障を後退させているのが今の日本の状

況です。

それに比べれば、義務的経費といわれるものは0.7%、裁量的経費、公共投資関連経費は3%減ぐらいです。重点化促進として20%加算額を要求させていますが、結局はそんなに大したことはありません。

一番重要なところは、8,000億円増えるはずのものを2,200億円削っているということです。2,200億円削るということは、少なくとも小泉内閣の5年間は固定してきました。毎年確実予算を削って、確実に日本の社会保障を後退させてきたのです。

(3) 平成19年度概算要求基準（全体）

平成19年度概算要求は今やっている最中ですが、年金・医療等の経費は、相変わらず黙っていれば7,700億円の自然増だけれども、制度改革等による削減や合理化で2,200億円削ってくださいということで、この2,200億円は変わらないのです。

役所というものは、再来年のことはあまり考えられません。来年のことだけ考えます。この間、東京都が3年計画で削減策を出して、都としては画期的と新聞に載っていました。国はこういう借金状況ですから5年ぐらい先を考えているのです。「骨太の方針」の中に載るのですが、この2,200億円削るというものは来年度からまた5年間やろうということになっています。つまり、5年間やってきたけれどもさらに毎年削って、社会保障を後退させようということになっています。

(4) 毎年2,200億円削減するとした場合

…2007年、2011年問題

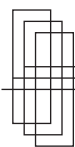
年金・医療等とは、メインは年金・診療報酬・介護保険の三つです。介護保険も今年度

は7兆円が予想されていますし、診療報酬が33兆円ぐらいになるでしょうか。それにしても、診療報酬が30兆円で介護保険7兆円というのを大学の経済学部で4年生ぐらいにいわせると、「介護保険は随分大きいですね」といいます。いわれてみれば確かにそうだと思います。特に20代の若い子にはそう思うだろうと思います。

年金は5年おきに改定することが法律上決められています。前は2004年で改定しました。人口問題研究所の予測が外れなければ一応100年もつのです。給付を絞って保険料を上げるという、これまでやらなかったようなものすごいことを頑張ってやったのですが、人口問題研究所の予測がばっさり外れていまして、もうこれで100年やりませんといいたが、2009年にやらなければいけません。

いずれにしても年金は5年に1回の改定で、今度は2009年です。それぞれの改定ごとに、診療報酬は2年に1回、介護保険は3年に1回来ます。今回もそうですが、改定とは要するに削り材料なのです。ところが、年金は次回、削り材料にはあまりならず、削るところかという感じです。そこから財源を出せない、むしろこの年に消費税をセットで上げるしかないといっているぐらいです。

実は2005年は、3年に1回の介護保険、2年に1回の診療報酬、5年に1回の年金の改定の谷間の年だったので、2005年10月に、例の食費加算もそうですが、特に施設の居住費・食費に関して利用者負担を入れ、施設側の収入も削るということをやって帳じりを合わせたのです。2005年は過去まれに見る予算を立てまして、2,200億円足りないけれども何とかするという予算だったのです。何とかしたのがこの10月改定です。



要するに、今、厚生労働省は予算が立てられなくなっています。2,200億円なんて削れなくなっているのです。2006年はちょっと特殊な年で、診療報酬と介護保険の両方あるから比較的削りやすい年でした。

基本的に下げたくて下げているわけではなくて、2,200億円をどこからひねり出すかということです。この2,200億円に関しては、厚生労働省の役人は少しも口を挟む権利はないのです。これは首相官邸、内閣府で、民間の方々も交えたところで決まります。マスコミが、それでは足りない、もっと削れ、社会保障がこれ以上負担になってどうするのかという言い方をするわけです。むしろ2,200億円で済んでいたのは、小泉さんがそのところで踏ん張っていたのだという言い方をするかたもいるぐらいです。それでも2,200億円削るというのは、ものすごく大変なことです。

そして、2005年が谷間だったと言いましたが、2007年がまた谷間なのです。何もやるものがありません。2007年は、今のところ宣言されているのは雇用保険で、これを国がお金を払わなくする。それから生活保護を切る。これで2,200億円出すのだと言っています。生活保護課長はどこにそんな金があるのかと首をかしげています。本当に概算要求が出るまで分からないということで、来年も何をやるかちょっと心配するぐらい、よく分かりません。とにかく2,200億円削るのが至上命題です。

そのあと、政局がどうなるか分からないのですが、2011年も谷間だということが怖いわけです。2009年も年金が改定できるといっても、これが削れません。このままいくと、恐らく介護保険だけで2,200億円削るという話になると思います。それは7兆円の2,200億

円かと一瞬思うのですが、国の負担しているお金のことをいっています。国保を通じて払っているお金もありますから、国の負担は2兆円ちょっとです。そうすると、2,200億円ということは10%ぐらい削るということです。恐ろしい話ではないですか。

これは本当に厚生労働省も困っているのです。先ほどお話ししたように、今回、診療報酬を改定した人に早稲田で話してもらったときは、半分ぐらい「皆さんこんなことでいいと思いますか」と言っていました。みんなは厚生労働省がそういうことを決めて削っていると思っているのですが、話すほうは、自分たちもやりたくないし、やれないし、どうしようもないのだけれども、どこから削るしかないということです。

地方自治体とだいぶ違うのは、国は人事交流が一部にあります。基本的に厚生労働省にずっと入っているわけです。皆さん方も専門職の場合であれば、基本的に保険福祉の部署にずっといることになると思いますが、役人全体がそうなので、入るときからそれなりに社会保障に思いがある人たちばかりで、社会保障を切るために入ろうなどと思う人はいないわけです。ところが、ずっと切る話をやっているわけですから、嫌になるわけです。ですから、2007年も怖いですが、2009年も実はもっと怖いということです。

(5) 2025年には2割減？

なぜこんな怖い状況になっているかという前に、過去2回、2.3%、2.4%と削ったのですが、かりに毎回2.5%ずつ3年に1回削ったらどうなるかということ、2015年、高齢者ケアといっているときには、2000年を100とすると9割切ってしまう、2025年になると8割

になってしまいます。つまり単価がどんどん安くなるのです。

特に特養の経営をやっておられる方々は、自分たちはお年寄りを預かっているのだから、つぶされっこないといわれるケースがあるのですが、大きな間違いです。特養などのお客様のお年寄りはいくらでもいるのですが、どんどん値段は下がっている。経営者側としても大変しんどい思いをしなければいけません。しかし、人件費をカットするだけで大した工夫もやらないで来ているということで、高齢者介護の現場のケアワーカーの方々の疲弊感も当然大きくなっています。

(6) 国民負担率と高齢化率

2005年は日本の人口にとって多分エポックメイキングになるだろうといわれていますが、高齢化率が20%を超え、人口が減りました。あと、2007年問題もあります。団塊の世代が定年を迎え、年金が夫婦間で分割できるように法改正されたものが施行されるということで、一気に離婚が進むのではないかとわれています。今も国民負担率は、潜在的といわれるものを含めないと4割を切っています。高齢化率は世界最高水準にきていますが、なおかつ国民負担率は先進国の中では低いのです。

お隣の韓国の高齢化率は低いです。実は韓国は合計特殊出生率1.0幾つまで来ている国で、日本よりすごく少子化が進んでいるので、今後大変です。しかも韓国は、1人当たりGDPという豊かさの指標は日本の半分から3分の1ぐらいなので、韓流ブームなどで俳優を見ていると韓国も豊かだと思のですが、実は日本に比べるとまだまだです。そして少子化が進んでいますから、韓国でも介護保険

を作る準備を進めているそうですが、大変な状況になります。しかし、少なくとも日本が韓国と比較してどうのこうのというべきではなくて、やはり先進諸国の中、高齢化が進んでいる群になるでしょう。そうすると、これだけ高齢化が進みながらものすごく国民負担率が低いということになるわけです。

なぜこういう状況になったかということ、一ついわれていたのは、国民負担率を高めると、働いても税金で取られるからやる気がなくなる、国民負担率を高めて社会保障を充実させると、働かなくても生活していけるのでやる気がなくなるということです。1970～80年代には「欧州病」といわれ、実際、特にフランス、イギリスでは経済的な停滞がありましたので、なるほどということで、負担を上げないようにする政策でずっと来ているのですが、実は経済学的にはあまり根拠がないのです。逆にいうと、今、スウェーデン、デンマーク、フィンランドなど北欧諸国は国民負担率が高いです。こういった国々はIT関係にうまく産業転換できたこともあって、経済的に非常に調子がいいのです。だから、税金が高ければ必ずしも経済的な活性が下がるわけではないということです。

では、なぜ日本は相変わらずそういう政策を打ち続けているかということですが、一つは、国民がお役人や政治家をあまり信じていないからです。これは役人が悪い、政治家が悪いという問題ではないのではないかとという人がいます。北欧諸国では、人口はスウェーデンが一番多いのですが、せいぜい800万人ぐらいです。大阪府が800万人ぐらいでしょうから、大阪府はスウェーデンと一緒なのです。デンマークやフィンランドになりますと、300万～400万人です。大阪市が300万ぐらい



でしょうから、大阪市がフィンランドやデンマークぐらいです。国民と政治家の距離が近いところで信頼感を持って国を任せられるので、高い税率、負担を取る代わりに、きちんとした制度・政策をやってくれということが、国民と国との間で成り立っているのだという言い方をする人がいます。

国どうしでそのようなものを比較するのはなかなか難しいと思いますが、確かに日本は、税金を上げるという話になると、やはり国に対する不信感がものすごくあると思います。ですから、まだ無駄があるだろうということになるわけです。無駄ということに関していうと、北欧諸国にだって無駄はあると思いますし、民間企業にだって無駄はあるわけです。意味のある無駄もありますし、意味のない無駄もあります。では、無駄を全部省いた結果として日本がどうなるかというと、やはり社会保障そのものは、この水準ではとても達成していけないということになると思います。無駄遣いのためというよりは、高い高齢化の割には低すぎる負担に問題があると思います。

(7) 税金・保険料が低いから、社会保障のレベルも低い

日本は国民負担率は低いけれども、それに対して社会保障給付率はそれほど低くないのです。日本は決して社会保障をやっていないわけではありません。日本の社会保障がある程度高いのは、借金をしているからです。公共事業は確かに他の国に比べてたくさんやっているのですが、借金でやっているわけですから、借金をやめると公共事業をやめることにつながっていくわけです。実は社会保障に関していうと、日本は負担に応じたものを出してくれているということです。今、毎年

2,200億円削らなければいけないのは、毎年着実に高齢化率が上がっているのだけれども、負担は絶対上げたくないという意図のためです。

ここからは反対意見も多いと思いますが、日本の消費税5%がそもそも低すぎるのです。法人税と所得税の二つが、高すぎると企業はどこかに行ってしまうわけです。例えばトヨタの工場が外に行ってしまう。今、例えばトヨタやキャノンといった代表的な企業でも、生産拠点を日本に戻してきているものがあります。例えばレクサスというトヨタの高級車は、日本で作らないといい水準にならないということで必ず日本で作っているなど、日本のものづくりが見直されてきています。その一つは、やはりこの間、法人税を下げてきて、日本の負担が少なくともほかの先進諸国とは同じぐらいなので、国際競争をしている税負担上、日本は何とかやっていけているということなのです。

金持ちや法人から税金を取ればよいような気はするのですが、これだけグローバル化が進むと、税金を多く取るとみんななくなってしまう。そうすると雇ってくれるところもなくなるわけですから、働く人も困ってしまいます。ですから、結局はある程度国際的な水準にしなければいけません。

(8) 付加価値税（消費税）の国際比較

もうあとは消費税しかありません。世界的には付加価値税という呼び方が一般名詞で、消費税は日本の固有名詞です。これは低いからおかしいという見方もあるのですが、私の見方は逆で、上げしろがあると思います。どう考えても日本の高齢化率を見ると、最低15%だろう、25%まであってもよいのではな

いかということで、けっこう実は上げしろがあると思うわけです。

日本の5%というのは、台湾やシンガポールと一緒に。この辺は、税金が安いことを売りにしている特殊な国ですから、消費税も当然安くなっています。分かりやすいのは韓国が10%、中国が17%です。あと、ドイツが16%ですが、けっこう高齢化が進んでいる割に16%というのは、欧州の中では低い方です。欧州は欧州理事会指令で、15~25%の中に入れないと基本的には欧州連合に入れないこととしています。欧州連合指令は基本的な国家の枠組みの大前提を示しているわけですから、深読みすると、要するに先進諸国がある程度成熟してくると、消費税（付加価値税）で財源確保せざるをえず、それは15~25%が適切であり、それより低いとまともな国づくりができないという見方をしてもいいと思います。

本来は、世界的に見ますと、自民党タイプの保守的なところは、負担を下げる代わりに税金であまりいろいろなことをやらないのです。アメリカでいうとブッシュ大統領の共和党などがそうです。ところが、日本の今の民主党も以前の社会党もそうですが、負担を下げてやることをやるという、誰が考えてもおかしいことをいい、日本人はぜひそうしてほしいと思っているということがあります。

私自身も税金を上げてほしくないという気持ちはありますが、やはり介護保険事業がどうした、地域包括支援センターがどうしたという前に、消費税を上げようキャンペーンをやらないと話にならないと思っています。これは厚労省の多くの人間もそうです。とにかく消費税を上げられなかったら削るしかないので、皆さん方にご迷惑をかけながら削っているということです。こうなると、どう削る

かしかないわけですから、優先度の低いものが削られていくのだという見方には、まず残念ながら同意していただかざるをえないと思います。

(9) 各サービス利益率の現状

利益率についてお話しします。民間企業の方はいらっしゃらないので利益率といわれてもピンとこないかもしれませんが、利益を売上で割ったものだと簡単に説明しておきます。CM（ケアマネジメント）、居宅介護支援が成り立ちません。これはご存じのとおりだと思います。訪問介護、訪問入浴は、黒字幅は少ないのです。ところが、確かにケアマネジメントは低いし、訪問介護、訪問入浴は分からないのですが、通所リハ、特養、老健は10%を超えている、最低でも5%を超えている現状です。

(10) 産業別に見た営業利益率の経年推移

他の一般的な民間企業での利益率は、戦後の好景気のとき以外5%を超えるということは、全産業で平均的にありえないのです。サービス業あたりを見ると若干高い時期もあるのですが、やはり5%を超えることはありえない、少なくとも10%を超えるものなどありえないわけです。

もちろん各産業の中で優秀といわれる企業は10%を超えますし、一つの目標になることは間違いありません。利益を上げることが第一優先の個々の企業で、エクセレント・カンパニーといわれるものの目標が10%であって、平均的に10%上げるということはありません。もうかっている、だから削るということになってしまうのです。そのように財務省に厚生労働省が言われているということです。



(11) なぜ利益率が高い状況が続くのか

ところで、皆さん方は現場で、特養や、法人が経営している特養併設の地域包括支援センターなどとおつきあいがあると思います。確かにこれはもうけに頭が行っている社会福祉法人だというものがあると思いますが、私自身、見たこともありますし、いろいろな場で皆さんに聞くと、大体利益率が2～3割という数字をいわれます。金もうけをしたい人たちが2～3割もやっているというのは困ったことで、まずはそういう人たちにいかに出ていっていただくかということです。厚生労働省も、現場の皆さん方に迷惑をかけるので非常に胃を痛めながら削っているのですが、片方で、やはりこういう方々が目につくわけです。そうすると、そういうところから何とか割れないかと思わざるをえません。ただ、これは全部が全部ではなく、むしろ少数でしょう。

そうすると、家計と一緒に、手元に幾ら残っているかというお金の見方を多分しているのではないかということです。例えば特養をどんどん作りますと、借金を払わなくては いけません。借金は大体20年返しです。その20年返しする部分を返しておられるのですが、実は利益を出すときは、その建物は40年ぐらい持つという前提で、40で割って減価償却をします。従ってこれは家計ではないので企業会計的にいうと、社会福祉法人も企業会計を採用していて、20年ではなくて40年かけて返さない限り、利益で借金返しをしている状況が生まれるのです。だから、なぜそんなにもうけなければいけないのかというと、借金返しが大変だからということになるわけです。

そうすると、問題は、借金だけで回しているのではないかということです。自分で資金

も持っていないのに借金だけで建てようとしているのではないか、しかも立派なものを建てているのではないか、それがこの高い利益率にあるのではないかと私自身は考えています。ただ、現場を見ていると、これ以上削って現場がもつとは思えない状況なのです。

ここは多少、私の学者としての深掘りになっているあたりですが、結局、経営が間違えているということです。以前の措置制度のときと同様に、家計簿的な感覚で借金を返せばいいと思っているのですが、金もないのにたくさん特養を、しかも立派ものを建てている。民間企業では絶対できないことをやっている。それは介護報酬がある程度保障してくれているからです。だから現金は回っています。報酬を下げろといわれたら、借金を返せなくなってしまいますから、しょうがないから職員の給料を下げているのです。

何が悪いかというと、立派なものを建てて、なおかつ借金だけで建てていることです。しかしそういう経営者の方々の話を聞くと、無謀は無謀なのですけれども、うちの町、あるいはうちの市に特養を建てようという話になったときに、自分で何とか無理しようと思うというのはです。そうやってどんどん建てると、どんどん造っていくのがうれしくなってしまうのです。そうなったら最後です。

(12) 特養の「資産政策」の問題

事業を始める場合には、自分のお金を持っていて、今までは建てる際にお金を出してくれた補助金があって、それから福祉医療機構がお金を貸してくれて、お金を持ってきて、土地と建物と設備と運転資金を用意します。これで介護保険収入が入ってくる事業ができて、そのお金で人件費やその他経費が出てい

くという構造になっています。おとしでしたか、心斎橋そごうが新しくできましたが、あれは建て替えるときに250億円かけるというのでみんなもびっくりしたのですけれども、1年間の売上は500億円です。どういう数字を取るかというと、年間の売上がある程度大きければ、用意するものが小さくても事業をやるのに有利なのです。そごうが250億円で建てても、毎年、売上が500億円といわれれば、その250億円は取り返しやすと思うのではないのでしょうか。それが、250億円で建てただけけれども毎年10億円しか入らないといったら、その借金はどうするのかと思います。

総資本回転率は、事業収入を資本で割る、つまり用意してこなればいけないお金で毎年入るお金を割ったものです。例えば心斎橋のそごうであれば、事業収入が500億円、用意した資本が250億円ということで、2という数字が出ます。この数字が大きければ大きいほど楽で、小さければ小さいほど、立派なものを建てすぎたということになるわけです。

ただ、これは事業の種類によって、例えばアパートを賃貸しているような不動産業は、ある程度建物を建てて、毎年入るお金は少なからざるをえません。それからサラ金なども、例えば何億円と準備して、皆さん方に何億円と貸して、収入は利子の部分だけです。貸したお金を返してくれても何億円という収入にはなりませんから、やはり相当なお金を準備して、毎年少ししか入らないということになるわけです。

ほかに、立派なホテルなどもそうです。リッツ・カールトンなど、あれだけ立派だったらさぞや資本回転率が小さいのではないかという話になるのですが、あれは建物は別の

ところが持っているのです。今、大体の立派なホテルは、自分たちはサービスで勝負するのだということで、物は別に持っていて、その方々に利益の何%を払うという契約でやっています。

(13) 介護事業と他産業との総資本回転率の比較

ところが、特養やケアハウスは総資本回転率が非常に小さいのです。きちんとしたデータはないのですが、不動産業、不動産賃貸業と並ぶぐらいです。つまり、むちゃくちゃデラックスなものを造りすぎているのが特養なのです。

特養は、8人部屋とか養老院といわれるひどい時代がありました。今、特養やユニットケアなどに行かれると、基本的に、自分の家よりいいようなところが多いです。これは関係者の願いもありました。その時代は、やはりうば捨て山だったわけです。それをいかにいい居住空間にするかということ、それから空間とケアの問題が出てきて、ユニットケアの中でのいい個別ケアといったことで、お金をかけるようになってきたのです。

しかし、ユニットケア、個別ケアをきちんとやっていますといいますが、皆さん方もぜひ聞いてほしいのですが、「自分が入ってもいいですか」と聞くと、8～9割は「自分はここでもいいです」というのですが、「では、自分の親を入れたいですか」と聞くと、手を挙げる人はほとんどいません。施設長が意地でも挙げるぐらいで、みんな親を入れたくないのです。もちろんいろいろなユニットケアのレベルがありますので、一部が全部とはいわないのですが、基本的に多くの施設は相変わらずうば捨て山のままです。どんな素晴らし



い環境を持っていて、どんな素晴らしいケアができていても、うば捨て山という要素はぬぐえていない。そのうば捨て山のために、ものすごく立派なものをお金をかけて造っている。そのお金を返さなくてはいけないので、利益をたくさん上げなければいけない。そんな利益は認められないからといって報酬を削られると、職員の給料を下げる。そういう悪循環が回っているのではないかという仮説を私は立てています。

3. 今回の介護保険制度改定をどうみるか

(1) 理念が明確な財源との闘い

皆様方からのお叱りを覚悟で言いますと、私は今回の介護報酬改定、診療報酬改定は、どちらもかなりよくできた、歴史に残るいい改定だと思っています。

介護保険に関しては「量から質へ」という言い方をしました。基本的には2015年の高齢者ケアの中に出ていた理念である「ケアを個別化する」「尊厳を重視する」ということです。私も福祉の専門家ではなかったのであまり知らなかったのですが、それこそ社会福祉法の古い法律、たしか社会福祉法以前から「尊厳の重視」などと書いてあったと思いますし、福祉の教科書を見れば、30~40年前から出てきている当たり前のことだったと思うのです。

ただ今回は、何が尊厳かといったときに、尊厳が軽視されているという状態、例えば三大介護ばかり一生懸命やって、立ったまま食事介助をしている、利用者の表情を見ないでどんどん口の中に入れていくといったことが、一つひとつ明確にされてきたのだと思います。しかも、こういったことをやるために、技術として、ケアを小規模化すると個別ケアがや

りやすい、あるいは地域に出ていったほうがやりやすいということも、いろいろな取り組みで分かってきました。ただ、これ自体は1970年代、1980年代ぐらいからあったようです。

富山型の惣万さんのところも介護保険以前からやっておられたことです。ただ、惣万さんのところは厚生労働省も何人も見に行っていますが、あれを制度にする気はあまりないのです。なぜかというと、明らかに、あれは惣万さんともとの創設者の3人の方（今は2人）、日赤の非常に腕のある、思いもある、そして自分たちの財産を投げ出してでも一生懸命やりたいという、方々で成り立っているケアと見るのです。富山型といわれて似たようなものはたくさんできていて、形式は似ているのですが、ケアの技術は全く低いのです。はっきりいうと、惣万さんのところだけです。だから、あれを制度に乗せようなどというむちゃはしません。介護保険以前から、ああいうものは国も見えていて、最初は法律の壁でいろいろじゃまする側に回っていましたが、介護保険を作る前後から、あれから学ぼうという気になってきたのです。

一方で何が起こってきたかということ、介護保険以前は、社会福祉法人はもうけてはいけなかったわけです。使い切らなければいけないのです。しかし、ショートステイというのは使い切らなくていいお金だったので、ショートステイで小銭をためて、実は地域でこういうことをやってみたかったということを自主的にやり始めたところがぽつぽつと出てきたぐらいでした。それが介護保険になったら、一気にプラスマイナスゼロに合わせる必要はありません、自分たちでもうけたお金はきちんと自分たちのサービスを継続的にい

いケアをするために使ってくださいということになったので、自分たちでやりたいようにできるようになりました。

そういう意味では、国はシステム、組織として回るという自信をある程度持ってやっているのですが、では、これに取り組んでいるところはどれくらいあるのかというと、全国で1割はないのです。世の中的にいうと5%とかそんなものだと思います。それぐらいの人たちのことを見てやっていて、本当に全部が動くのかということです。

一つ大きいのは、やはりそういうことをやっておられる方々は、ケアワーカーをものすごく大事にして育てています。

ヘルパーの2級の研修をやると、いろいろな方がいます。日本の戦後には不思議な歴史が20~30年間ありまして、戦前あるいは戦後の一部まではほとんどの人間が農業をやっていて、朝から晩まで男も女も真っ黒になりながら仕事をしないと生きていけない時代でした。戦後、産業が発展するに従って、サラリーマンという職業がどんどん広がっていった、サラリーマンの奥さんは、朝から晩まで働かないで家にいて、冷蔵庫があって、クーラーがあってという素晴らしい生活を過ごせるようになりました。そういうことで、主婦というのがあこがれの時代がありました。小さいころ将来の夢は「お嫁さん」と書いた世代もいらっしゃるのではないかと思います。主婦が女性にとって最高の職業だという時代があったのです。今の40代後半ぐらいまではそうではないでしょうか。私の世代やもっと若い世代になると、そんなことは誰も思っていないわけですが、当時、今の40代後半から60代ぐらいにかけて、優秀な女性が仕事などしないでどんどん主婦になったわけです。そ

うすると、もともと優秀で人間性も豊かな人がたくさん主婦にいますものですから、ホームヘルパー研修で140時間教えて、「さあ行ってらっしゃい」ということで、一応形がついてきたのです。

ところが、今の40代前半から30代にかけてになると、「調理をやってごらん」というと、ご飯を洗剤で洗うとか、いろいろ変わったことをなさるし、どうも2級研修そのものが成り立ちにくいのです。

それから、やはり基本的な個別ケアとか尊厳を重視するといえはいうほど、身体ケアはきちんと学んでいただかなければいけないですから、基本的な部分も勉強していただくことが重要になってきて、介護福祉士をベースに置きましょうということになりました。同時に、2年間いて卒業したから国家資格を取れる、3年間いたから国家資格だけで通れるという道をつぶす。それぞれきちんと勉強していただかなければいけないし、国家試験も受けていただくことをベースにすると、相当変わってくると思います。

介護報酬に関していうと、大きなものはだめということで、デイも小さなもののほうが点数がたくさんつく、ユニットケアや準ユニットは改めて報酬で評価する、あるいは資格に関しても、訪問介護だけですが、介護福祉士を重視したものであるなど、いろいろなものに研修義務化を入れるということです。

先ほど申し上げた、どうせ切るなら、どうせ削るならというところで、評価されないとこ所と評価されるところがあります。いずれにせよ、あそこがいい悪いというのは何となく分かるにしても、報酬で評価することがなかなか難しかったのですが、ケアの小規模化、サービスの地域化をするためにはケアの高度



化、資格研修が重要だということになると、評価の指標が生まれやすいのです。規模や資格で評価することができますし、あるいは、こういうことをやっているのだということで評価できます。

そうすると、2,200億円出すためにはここまで削らなければいけないので、どうせならこの財源は、評価されないところをたくさん削ろう、ちょっとだけにしておこうという「量から質」を旗印とした財源との闘いをやりましょうというのが今回の基本的な考え方です。

ですから、介護保険制度がやたら複雑になって困ると怒る方がいらっしゃるのですが、これはもう、こういう前提なのです。みんなの差を出すということが加算であり、減算であるので、加算・減算でいいところをきっちり評価して、いいところだけ生き残っていただく、悪いところはしっかり切っていこうという考え方です。

(2) 高齢者のマッピング

次は具体的に予防の話です。皆さん方もけっこう介護予防ではお困りになっていると思います。国の考えにあるのは、介護保険制度を作った途端に自治体がものすごく高齢者福祉施策をやめたということです。特に東京都などは典型的で、美濃部知事の時代は何でもかんでもやっておられて、それはそれでいいものもあったのですが、要らないといわれるまで送り続けるおむつとか、そういう変なものもたくさんあったのです。でも今では東京都および23区も非常にお金がないですから、介護保険を機に、全部介護保険でやるので高齢者福祉施策をどんどんやめてしまいました。

介護保険は誰が考えても介護をやる制度で、

福祉のこと、複雑なご家庭の問題まで対応できるとは誰も考えていないのですが、どうもそれにまで介護保険をかぶせてしまいました。そういうところにヘルパーさんが乗り込んでいって頑張っておられるのは確かに素晴らしいのですが、制度として、そういったところで介護保険、介護報酬で、どこまで何ができるのでしょうか。

頭の中にあるのは、介護ニーズが大きい小さいという切り分けと、福祉・生活ニーズが大きい小さいということです。基本的に、介護保険は介護ニーズが大きい人をベースにしていきたいのですが、それについても困難といわれる人と一般要介護者がいます。それから、介護ニーズが小さい方で福祉・生活ニーズが小さい方は、やはり予防のようなことをやらないわけにはいかないということになると思います。

例えば、先ほど申し上げた家族問題・社会問題を抱えている場合です。お母さんは七十幾つで、確かに足腰の問題を除けばお元気だけれども、同居している息子が40代で全然働かずに、10年ぐらい家でごろごろしてお母さんの年金を頼りに生活して、パチンコばかりしている。ヘルパーが時々顔を見にいかないと心配でしょうがないなどというケースですが、しかしそれはヘルパーさんが行きてよいかということです。そういったことは本来、自治体できちんとやっていただかなくてはいけないのではないかが国の考え方で、介護保険で対応するものは、やはり介護のニーズが大きいものだということです。

さらに、90～100歳でお元気な方、もちろんこれは筋トレをやればよいとは誰も思っていないのですが、この人たちをどうすればよいか。それから、予防が始まって、週3回来

ておられた要介護1、今は要支援2になってしまったというお年寄りがいるわけです。そのような人たちをどうしようかという問題は、やはり介護保険では解決がつかないのです。

精神・知的障害等の要支援者、家族社会問題を抱える要支援者の問題は、恐らく確かに行政の問題だと思います。そして80~90歳でお元気な高齢者、行き場のない要支援者は、行政が直接関わる問題ではあまりないでしょうし、本来は社会福祉法人などが頑張るべきです。ひょっとしたら社協などがお金をそんなにかけないでできるかもしれません。部屋もあるわけですし、ボランティアに来てもらうわけですから。

いずれにせよ、こういう問題はいろいろな創意工夫や、あるいは住民を巻き込んでいく部分があるので、今までの切り口ではなく、地域包括支援センターといわれるものでいきましょうということ。ただ、今、私がいろいろ聞いている話では、東京近辺でいうと、やはりうまく動いているのは在宅介護支援センターの時代からきちんと予防もやっている、一般の高齢者の対応もしている、難しい高齢者の対応もしている、行き場のない高齢者の対応もしている、民間委託はしているけれども地区割りをしている、それをそのまま地域包括に移行したというケースです。

そもそも国も、在宅介護支援センターには相当思い入れがあって立ち上げましたし、ものすごく素晴らしい実践があったことは間違いないと思います。ただ、これが全般の1割は多分なくて、やはり5%ぐらいです。そういう5%の素晴らしい実践のところは今回、地域包括支援センターに移行されました。

それ以外で、行政責任だから行政がやらなければいけないと思って始められたケースは、

行政というものはあまり臨機応変に動きづらいですから、「8件問題」などがいわれて、人が足りないから急に人を増やそうと思っても、期の途中に人の増員などできないといわれたりして動かないわけです。従って、行政が中途半端に引き受けられるとご苦労なさっているようです。

逆に、社会福祉法人に丸投げしているケースもありますが、社会福祉法人も、1,500万円ぐらいのレベルで優秀な人間を3人出すのは無理です。その方々に予防のプランも作らせて、もうけてもらわなくてはいけない。私は、腕もないのに、人も出せないのに、地域包括なんて絶対受けるなといっていた人間なので、仲のいい施設長が困っていたのですが、「藤井さん、1人に100プラン作らせたなら、もうかる計画が立てられました」と喜んでるので、福祉をあまり荒らさないでくれとお願いしたのです。そういうところが実際出てきていることは間違いないです。

地域包括支援センターが見ていたのは、こういう絵の中で、やはり基本的には在宅介護支援センターみたいなものをベースにしたものでしかなかったわけです。それ以外ももちろんあっていいわけです。ですから、国は自治体にやるべきことをやっていただきたいということで新しく制度を作りました。ただ、それはもう地域包括支援センターでやるべきことをやっておられたところにとっては、何ら新しいことが始まったものではないということです。

今回、そういう意味では逆にちょっと新しいかと思うのは、特定事業所加算ができたことです。非常にいいお値段がついています。特定事業所加算については、福祉・生活ニーズが大きくて介護ニーズが大きい方というこ



とです。特定事業所加算を勘違いしているかたが多く、人数を減らして人を置けば金ももらえんと思っているらしいのですが、そうではなくて、これは地域包括支援センターがケアマネ支援などをする中で、虐待があるとか、いろいろな問題を抱えておられる難しいケースを引き受ける先です。国はっていないのですが、特定事業所加算を算定する居宅介護支援事業所を計画的に配置してもいいぐらいだと私自身は思っています。これで一応、一般の事業所は、福祉・生活ニーズがあるような難しいケースではなく、介護ニーズの部分だけで頑張ってくださいという切り分けはできるのだろうと思っています。

(3) 大きな方向性

大きな方向性としては、要は金がないので、いったん予防給付と介護給付に分けました。私が聞いている範囲では、要介護1がどれぐらい予防に行くかという、5割から8割ぐらいまではばらつくのですが、腹をくくっているところほど率が高いです。腹をくくっているというのは、地域包括支援センターでしっかり事業をやっていて、軽い人だけではなくて、いろいろな方を受けられるところでは、身体面のチェックだけでどんどん予防に持っていくというやり方をなさっています。そうやって財源を削って保険料を下げ、その代わり、それ以外のことはきっちり、市として、区として、町としてやりましょうということです。たしか品川区などは、前に聞いたときは85%とか90%という数字をいっていました。

介護給付と予防給付は今まで法律上、名前は違っていても基本的に同じことで、施設に入れただけだったということを、今回地域

支援事業ということで、介護予防をくっつけました。これはもう混乱せんばかりに似たようなものです。介護給付と予防給付と介護予防で、仲間が二ついるといわれると、介護予防と予防給付を一緒にすると思います。ただ、法律上は、予防給付と介護給付が介護保険の給付内で、介護予防は、財源は介護保険だけれども介護保険の給付ではないというように線が引かれているわけです。

これは明らかに、将来的には予防給付は将来なくなって、介護予防という中で財源の3%のうちの半分の1.5%の範囲でやってただこうということを片方では考えています。片方ではというのは、予防はやはり行わなければいけないし、成果を期待したい。ただ、成果というと、これも勘違いがあるのですが、国の制度は、元気でサービスを使わないようになっていただくことを成果としか考えていないのです。

よくいわれるのは、介護予防や予防給付を行った後、元気になって、そのあとどうするのかということです。これは地域包括支援センターのマニュアルなどを読んでいただければ書いてあると思いますし、在宅介護支援センターの取り組みなどもそうですが、基本的には、もともとそういうところで介護予防みたいなことをやって、どんどんグループを作り、地域にみんなでやる仲間を作っていくということです。時々保健師さんを派遣したり、OT（作業療法士）・PT（理学療法士）が行くことはあるけれども、基本的にはもうお金はかからない、場所ぐらいいは貸すといったようなものをどんどん作っていただいて受け皿にさせていただく必要はあると思います。

(4) 介護予防通所介護の三種加算

ご案内のように運動器機能、栄養改善、口腔機能とアクティビティは一緒に取れません。個人単位ではなくて事業所単位だということもご存じだと思います。一番重要なのは、運動器機能、栄養改善、口腔機能の加算の届け出をした事業所は、アクティビティは加算を取れないということです。これはものすごい勘違いがあって、皆さんがたもぜひ聞いていただきたいのですが、いろいろな国保連に聞くと、栄養改善と口腔機能は3か月ぐらいで切れてしまうケースが多いです。例えば栄養改善であれば、体重や血清アルブミンなどを見ますので、ずっと続けていることはないわけですから、この100単位はそんなに続きません。口腔機能もそうです。運動器機能も全員が全員できるわけでもないし、ずっと続かないとなると、実はこの81単位をずっともらうほうがいいのです。だから、みんなこの運動器機能、栄養改善、口腔機能をやるよりアクティビティを取ろうという向きに変わってきています。

これは、ある人は運動器機能、栄養改善、口腔機能を取れて、ある人はアクティビティが取ればよいではないかと誰でも思うのですが、そういう点数の構造になっていないのです。多くのところは、運動器機能、栄養改善、口腔機能をいったん届け出をしておいて、アクティビティだけ算定しているのです。これはルール違反で、あとから国保連が金を返せといってきます。私はいろいろな機会にいろいろな場で、これはルール違反で、あとから金を返せといわれるので早いうちに見直してくださいとお願いしています。皆さんがたもぜひそういう点を見ていただきたいのですが、明らかにこれはルールが本当におかしい

のです。

ですから、事業所の中で、介護予防は消えたという言い方をする人がいます。こんな点数ではできないということです。もともと225単位や100単位でも少ないといわれていました。私はこれぐらいの点数を実は予測していて、大体こんなものですよといっていたのとほぼ合っていました。削りたい金額が決まっていて、ここから削るしかないといえ、これぐらいになってしまうということです。

(5) サービスに応じた経営モデルの確立と人材の育成

認知症が深くて身体的自立度が軽い、つまり歩き回られる認知症の方々というのは、「個別ケア」「尊厳」をキーワードにすると、ものすごくいい関わりができます。精神科の先生方はずっと、「こういう人は、最後は精神病院に入っていていただいて、鍵をかけるしかない」とおっしゃっていたのです。実際、今、精神病院の半分は認知症の方になっています。皆さん方、行ってみてください。本当にどなりたくなるぐらいひどい状況が、まともな精神病院でもやられています。そして、月々60万とか70万とか取っているのです。しかし、どうしようもなかったのです。それを介護が何とかできるというのは、厚生労働省が非常に財務省を説得しやすく、60万、70万かけなくてはいけない人を、特養でかぎをかけないでいいかもしれない、あるいは地域で頑張れる人だっているらしい、ぜひ個別ケアとかそういったものに点数をつけましょうということで、確立しつつある介護モデルを認めさせた領域だと思えるのです。

これも、残念ながら完成形は5%ぐらいです。ですから、いろいろな事業所が本当にで



きるかどうかは、もう腕の問題、技術の問題です。一応、報酬の点数は、小規模にすればつくとなっています。規模を小さくすればいいという問題ではないということは、このあと申し上げます。

介護予防領域は、削る削るといっていますが、やはり生活や福祉のニーズにどうこたえていっていただけるかということは別になっています。しかし、やはり科学的な効果はあるので、ではやっていただきたいというのはあるのです。

最後に今回「介護」への期待が明確にされた領域というのがあります。次回これでやりたいというのはあるのです。つまり、お年寄りや体の状態が重くなると、今は病院に入らなければしょうがない。これを、例えば特養で見られます、地域で見られますということになると、また金の話になってしまいますが、安くなります。例えば療養通所介護などが、ちょっと怖いのですが、うまく広がってくればいい、あるいは特養の重度化対応加算、看取り加算みたいなものも見守っていききたいということで、3が一応、ちょこちょこ小出しに出した部分です。いずれにせよ、きちんとしたケアを、しかもお金をかけないでできるのではないかと、本当にそんな薄暗い期待をしていいのか分からないのですが、そのように思っています。

(6) 今後介護報酬が評価していくポイント

今まではどちらかというと、職員数がきちんといるとか、有資格者がいるという問題でやってきました。それが今回、人がいるではなくて、小規模・個別ケアをやっている、重度の利用者に対応している、あるいはこういうケアをやっているという、こういうことを

やっているというところにだいたい切り替わっています。これは将来的に成果で見ていきたいという気がものすごくあるのです。

要介護度の維持・改善というのは、今回一応、予防で入れました。これが本当かなと思いつつ入れているのですが、それ以外に認知症の周辺症状が、問題となる行動が出ていないとか、そういった部分も見たい。つまり、インプットを見るのではなくて、プロセス、アウトプットを見る、あるいはアウトカムを見ていくということになれば、先ほど申し上げたように、どうせ削るのならということで、出ていっていただきたい人から削れるということです。やはり出ていっていただきたい人がある程度削れば、かなりまだ削りしろはあるのではないかと考えないと、削れないのです。本当かどうかは別として、そういう状況です。

(7) 「制度下での経営」改めて事業所が留意すべきこと

これは事業所の方々に申し上げていることです。1番目は、制度の意志を理解できない、あるいは対応できないのであれば、経営を続ける資格がなくなりますということです。加算が複雑で大変だというのは分かりますが、9割お金を出しているのは制度のほうです。制度が何に苦しんで、どういうことをやりたいかということを理解しないとできません。

2番目は、「こういうものに点数がつくのか、ではデイの規模を小さくしよう」ということではありません。今回、介護療養病床をつぶすというので、2階に上げてみただめなら火をつける時代になったということです。

3番目は、自分で2階によじ登った人が次のステップに進めるのです。誰も梯子をかけ

てくれないので、一生懸命次のケア、新しい素晴らしいものを作っていってくださいということです。

4番めは、適正な利益を常に意識していただきたい、国民側からはもう既得権者になっているということです。

5番め、これは一番いいことです、要するにみんなつらいのです。あたかも頑張っているところが楽になっているように聞こえたかもしれませんが、そんなことはありません。ただ、これは抗がん剤だと思っています。がん細胞に一生懸命打っているのですが、正常なところもつらいのです。がん細胞をつぶすためにやっているのですから、正常な細胞だと思われる皆さんは頑張ってくださいということです。あまり励ましにもならないのですが。

非常に急激な変化がずっとあって、不信・不満があるのも、もっともです。厚生労働省を責めたいのもそのとおりだと思います。しかし、これは誰が悪いというわけではないと思うのです。あえていうと、消費税を上げようとしないう国民が悪いということになると思います。

4. 未来をデザインする

(1) いま、介護の人材市場で起きていること

人材市場は、一時は福祉の方が人を集めやすかったのですが、今ではものすごく集めにくくなっています。労働市場による競争・淘汰で、人を集められなくなっているのです。素晴らしい法人には相変わらず人が来てくれるのですが、それでも特養だというと嫌だといいます。小規模ケアや宅老だといわれると人が集まります。そういう時代になってきています。しかも、いい法人だとい噂で人が来

るようになっているということで、労働市場の競争・淘汰が始まっています。これは介護事業者だけの競争・淘汰ではなくて、あらゆる産業を含んだ競争・淘汰になってきます。人が集められない、そろえられない、そうすると報酬もつかないということで、経営が成り立っていかなくなるということだと思っています。

(2) 経営の観点からみたケアワークの技術革新

この辺は皆さん方がやられたと思いますが、要するに家族に休んでもらうという考え方で、三大介助を手早くやりましょうということです。若い学校を出たばかりの子に、お年寄りの入浴介助はどうするかというと、まずお年寄りに「お風呂に入ります」と声かけをして、脱がすときにはこうして、お湯をかけるときには足元からかけていってと説明します。そうすると隣から介護課長がやってきて、「それだから現場を知らない大学はだめなんだ、養成校はだめなんだ。そういう人はまず頭から湯をかけて髪を洗えば、下から洗えるのだから、そういうふうにはやらなくてはだめだ」というのです。これは冗談ではなくて、本当にそういうことをいわれるのだそうです。

それは当然、手早いですが、そんなことはやりたくないのです。今、介護をやりたいと入ってこられている方々、特に大学に来ている子たちはものすごく優しいです。お年寄りが好きなのです。赤ん坊をかわいがる母親のように好きな人たちがいるわけです。そういう人たちに、頭から湯をかけろというのは酷です。それで辞めていく。こんなことでいいのだろうかということで、介護保険以降、ケアを小規模化、地域に展開しています。そ



うすると、こういったことができてきているということです。

(3) 小規模化・地域化の考え方

今までは、地域社会からぼつんと離れたところに介護事業所を持ってきて、ざわざわとした落ち着かないところでやりましょうということでしたから、認知症の人の症状をおおっていました。そして、手早く効率的にやりましょうということに注意が向いていました。それを小規模に分けましょう、地域の住民の人たちにも参加していただきましょう、こういうケアは素晴らしい、これで認知症の方も落ち着くのだといっているわけですが、実はこれはものすごく怖いです。

実際に小規模でやっているところで幾つか見学させていただくと、見張り系のケアがあります。一番分かりやすいのは、いろいろな事業所に行って、お昼を一緒にごちそうになってみることです。自分が見張られている気分というものが分かります。お昼と一緒に食べて、それが落ち着いて食べられるか、そしてどういった介助をしておられるかを見ると、私のような経営が専門の人間でも分かります。非常に見張りケアになります。そのうち、かぎをかけるようになる、縛るようになる、たたくようになるといったことが起きてしまう。しかも、介護をやる側が2～4人、あるいは1人だったりしますから、余計に怖いことが起きます。

それから、いい悪いは置いておいて、特養、あるいは通所介護におりますと、50～60人、あるいは100人の方々の麻痺の種類や、麻痺の状況によって嚥下（えんか）がどうなのかということがあつという間に分かるようになるわけですが、それが小さな事業所ではなか

なか分かりません。寄り添うケアをやるからには、介護の腕を鍛えていただかなければいけないのですが、なかなかそれが育たないという難しさがあります。

それから、運営する側、経営する側が、そこでちゃんとやっているかどうか、あるいはそれで採算を合わせるかどうかということでは技術が問われます。そういうことがあって、実は小規模ケアはけっこう怖いです。

(4) 医療の必要性に応じた療養病床の再編成

話が随分飛びますが、療養病床の再編という話があります。多くの方々が勘違いなさっていて、介護保険の療養病床をつぶす、医療保険もつぶす、それはそのとおりなのですが、その結果として老健を作るのだという理解をしておられる方々がいます。あるいは、そこに何も作らないから大変だという人もいるのですが、とにかく何か新しい受け皿を作ることは間違いのないのです。それが老健など、いろいろなものだろうといっているのです。この「いろいろなもの」というときに、厚生労働省はまた夢を描いています。今、形になっていないものでも作りたいと思っているのです。

ケアタウン小平をご存じでしょうか。これが今、厚生労働省の描いている一つの夢です。何かというと、やはり地域だろうと思います。それから、ユニットケアも結局、金をかけたうば捨て山ケアです。小規模多機能というものもあるのだけれども、あれがどう行くかという問題もあるし、ユニットケア、小規模多機能の次、その先は何だろうという考え方をしたときに、ケアタウン小平は、がんの末期の人たちを受け入れるところで、基本的にある程度お金を持った方々のアパートというか、

住む場所です。ただ、住む場所を作るときに、医療と介護をセットで入れています。今まで在宅ケアといったときには、みんなが住んでいるところにあとから医療や介護を入れたから、連携するためにはものすごく手間がかかるし、非効率になっていました。だから、みんな集めて介護をしましょう、みんな集めて医療をしましょうということになるのですが、基本的に生活の場を作り上げるときに医療も介護も一緒に設計しましょうというやり方をしています。

これは、30年後の予測は今どこもしていないのですが、国はこっそりしているのです。それで分かったことは、もう何も作れない地域と、たくさん作っても追いつけない地域に分かれるということです。大阪、東京は、特にニュータウンのあたりはたくさん作っても追いつけないところということになります。たくさん作っても追いつけないところで特養を作るのかというと、そうは思っていないわけです。療養病床をつぶすことよりも、もっと第3、第4の道を何か考えていただいて、その人たち、昔であれば特養に入れていた方をどうするかということを考えていただくのが、地域ケア整備構想です。

だから、けっこう夢も描けるし、いろいろ勉強もしなければいけない。そんなものを来年の夏までに作るというのはひどい話ですが。しかも、私はこれをつぶすという話を聞いたときに喜んだのです。何を喜んだかというと、療養病床はもともと老人病院ですね。老人病院のあのひどいのを療養病床に連れてきて、お化粧をしてあげたのですが、相変わらずあまり大したことないというか、ひどいわけです。特養で見られる方を高い値段で見ているのがせいぜいです。あるいはもっとほったらか

かにしている。昔の老人病院が点滴を落とさなくなったみたいなものが多いのです。だから、つぶして当然なのです。それでけっこうお金が浮きます。6,000億円浮くのです。これでしばらく削る苦しみをしなくていいです。すねという話をしていたら、財務省はそれと別枠で2,200億円毎年削りなさいという全くひどい話で、憤慨はするのですが、とにかく喜んではいられないことです。

とにかく、安易に療養病床を老健にしていたとしても、これはよく分かっていないのです。2階に上げておいて火をつけられたと言っている割には。老健はきっと中間施設を目指すことをもっと打ち出してきました。だから、ついの住まいになっている方の老健というのは、だんだんそれこそ療養病床の二の舞になると思います。そのときにまた追い出されるのです。2階に火がついたから中2階に逃げているわけですが、もう火が回ってくるという話です。とにかく金がないのをどうしようということ。です。

ただし、大前提として、本当に今まで施設に入っておられたような方々、うば捨てをしていたような方々、療養病床がなくなって年寄りの行き場がどこになるのかという問題がありますね。皆さん方だけは絶対していただきたくないのですが、年寄りの行き場がなくなったから療養病床に押し込んでいたのです。押し込んでいたのは地域であり、家族であり、社会です。もちろん療養病床がふさわしいかたがいたとしても、ごく一部は押し込んでいたわけです。ですから、お年寄りの行き場がなくなったのではなくて、行き場はすでになかったのです。ですから、行き場がなくてあそこに入っていたいただいたのをどうするのかという問題を今考えていただこうということ。です。



す。別に何かいい案があるわけでもなければ、そろそろあんなものはやめなくてはしょうがない、金も浮くしというところで始めているわけです。

ぜひケアタウン小平の情報などを集めてください。特にニュータウン問題などは、一緒にみんな年を取ってしまうわけですから、いっそのこと、あそこうまくサービスを結びつけてしまえば効率的に回れるからいいのではないとか、これは府や市町村が絵をかく話だと思います。こういうものを認めてくれとか、こういうのはこのままやってもいいのではないかといった話になると思います。

(5) 医療の変革と「介護」の役割

医療の変革で一番大きいのは、医療系の職種の労働市場がものすごく変わってきていることです。新医師臨床研修医制度と女性医師の増加がありまして、医局が崩壊してきています。お医者さんは会社に就職しないで医局に就職していたので、どんな田舎でも、「あっちに行け」といわれていたのですが、最近では行かなくなってきました。2003年まで大学病院で研修を受けた人たちが7割ぐらいだったのですが、今、大学病院以外で受ける方の方が圧倒的に多くなっています。これがどんどん進んでいくわけです。それから、女性が今33%ぐらいになってきていて、医局などに縛られない働き方をなさっています。医局の強制的なメカニズムが働きませんから、みんな田舎に行かなくなっています。

それから、看護労働市場が72時間以上夜勤をすると減算、あるいは今まで2対1といわれていたものが今度は10対1という言い方に変わりまして、新たに今までの言い方でいうと1.4対1という看護基準が設けられて、そ

れに向かうところがけっこう多いのです。看護を相当厚くするというので、看護師さんがものすごく手薄になっています。ですから、この中に保健師さんがおられたら、何も役所にいなくても、今は引く手あまたですから、免許を持っているだけでどこでも行けます。

療養病床をどうするのかという問題で、井上由紀子さんの『いえとまちのなかで老い衰える—これからの高齢者居住そのシステムと器のかたち』という本があります。井上由紀子さんは今、国が一番売り出している学者さんで、私よりちょっと若い女性です。ポストユニットケア、ポスト小規模多機能を考えるといったことが副題でしたが、いずれにしても、この方が考えているのは、やはりユニットケアや小規模多機能ではだめだろうということです。それで、例えば「ケアタウン小平は」ということをこの人が言い始めて、役所の人間が勉強して、私も勉強して、やはりそういう方向ではないかというところですよ。ぜひ読んでみてください。

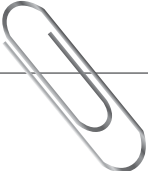
そういうことで、介護や生活が医療をどこまで取り込むかという時代になってきています。特に今までお医者さんと連携するということはなかなか考えにくかったです。なぜかという、彼らは医局に守られていたからです。例えば夏休みを取るといっても、医局から代打が来てくれるので夏休みが取れるわけです。医局は、困った患者は送れるし、患者さんがいないと紹介してくれるから、関連会社みたいなものです。ですから、皆さん方、関連職種に威張っていられたのです。ところが、今後そういう守ってもらえる医局がないと、彼らはもう少し頭が低くなりますし、お医者さんとの協働・協業はものすごくやりやすくなるはずですよ。

そういうセンスを持っている人がどんどん増えてきますので、今までは〇〇先生なら何とかしてくれるという人頼みでしたが、やはり仕組み、システムで動くためには、〇〇先生でなければだめだというのでは弱いので、基本的にはお医者さんたちとどんどんやっていく形を見いだして行ってほしいということです。

5. 終わりに

話の根っこは、消費税を皆で上げましょうということです。もうそうしないとどうしようもないのです。皆どうしようもないとおっしゃられると思いますが、厚生労働省もどうしようもないと思っているのです。ですから、皆さん方が困っている根っこは消費税が安いことだということを置いておいたうえで、ではその中でどうやって生き残ろうかという発想をまずはしていただくということです。そもそも変なことが多いのはやむをえないと思っていただければと思います。私も100%、国の立場に立っていますので、そうはいわれてもということが多いと思いますし、お聞き苦しいところもあったと思いますが、ご清聴ありがとうございました。

(事務局 責任校正)



第 5 回 講 座

平成18年 8 月18日実施



テーマ：「介護予防のまちづくり
～地域包括センターは何を担うのか～」

講 師：塩 見 美 抄
(大阪市社会福祉研修・情報センター)

「介護予防のまちづくり ～地域包括支援センターは何を担うか～」

大阪市社会福祉研修・情報センター

塩 見 美 抄

1. スーパーバイザーとしての役割

私は、西成区にある大阪市の社会福祉協議会の一部であります社会福祉研修・情報センターで、スーパーバイザーという役割で勤務をしています。私はもともと保健師として勤務していた経験があるので、主に健康問題に起因することで困っている方、もしくは起因するものは何か分からないけれどもとにかく健康問題が出て権利を侵害されているような方、権利擁護の対象になってくるような方々に対する支援のスーパーバイズをしています。

大阪市は社会福祉協議会に包括を委託しており、大阪市24区の各区の社会福祉協議会が包括を担う形になっています。権利侵害をされている、もしくは虐待ではないかと思われるかた、どんな制度にも引っ掛かりにくい、セーフティネットを作らなくては拾えないという方を区の包括でまず把握し、そこから相談を受けるという体制をとっています。そして、会議に出席して、こういった処遇にしていくのがいちばんいいのかということなどを決めていきます。最近では、処遇、措置を決めるというよりは、予防の視点をどうしていくかということがすごく重要だと思っています。ですから、虐待にしても権利擁護にしても、事が起きてから措置するのではなく、措置にまで至らない人たちをいかに予防していくかという議論を十分していかなければいけない

と思いながら、できる助言をしています。

私は保健師として働いていたとき、平成11年、12年と介護保険のほうにもいて、この制度が立ち上がる場で認定などをやってきました。また、助手として大学に勤務した経験もあります。

今日は私の方から問題提起等をしながら、最後は皆さんとディスカッションという形で進めていきたいと思っています。

2. 地域包括支援センターについて

1) 地域包括支援センター設置の背景

介護保険制度が改正されて地域包括ケアというものが重要だと言われるようになり、それを担うのが地域包括支援センターだということで、新たにこのセンターができ上がりました。

この包括という言葉には、いろいろな意味が込められています。

まず、一般高齢者から介護予防、要介護という対象を包括していきます。今までは要介護認定を受けた人は介護保険などという形で、それぞれセクションが違っていたのですが、そうではなく、対象を包括するというのが一つです。また、住民組織から民間サービス、行政機関まで、地域内の社会資源を包括します。包括支援センターの役割としてネットワークづくりがありますが、それが社会資



源を包括していくということです。それから、医療や保健、福祉など、包括支援センターにもいろいろな職種があると思いますが、領域を包括していきます。そして、ここが役割として大きいのだと思いますが、予防という視点から、事が起こってしまってから対応という問題のレベルを包括します。

このように、包括支援センターの「地域包括ケア」という言葉には、簡単に何かを交ぜただけではなく、いろいろな意味の包括が含まれています。それを念頭においていただきたいと思います。

2) 地域包括支援センター設置の目的

介護保険法の中にも、「地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援すること」と、設置の目的が書かれています。

3) 地域包括支援センターの基本機能

基本的な機能は、共通の支援基盤の構築、総合相談支援・権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの四つです。これらで先ほどのいろいろな意味の包括を全部含んだ仕事をしていくことになります。

共通の支援基盤の構築は、地域包括支援ネットワークの構築という意味とほぼ同意と理解していいと思います。何が共通なのかというと、包括支援センターの中でいろいろな業務をやっていくうえでバックとなるという意味での共通性と、地域の中のみんなが共有するという意味の両方があると思います。では、どんなネットワークかというと、ただ単に介護保険のネットワークだけではなく、介

護保険サービスの関係者のネットワーク、利用者や被保険者のネットワークなど、いろいろな目的別にメンバーを選んでいく重層的なネットワークです。総合的なネットワークづくりをイメージするといいいかなと思います。

ネットワークの意義はとても大事なので、確認しておきます。ネットワークをなぜ作るのかというと、地域において包括的・継続的なケアマネジメントをすることが包括支援センターの役割ですが、その体制を構築するためです。また、総合相談支援・権利擁護、あと介護予防をしていくうえでのバックアップ体制でもあります。さらに、地域における人材育成・確保、地域づくり等にも取り組んでいく基盤でもあります。

ネットワークの単位としては、先ほど目的別にいろいろな層のネットワークを作るという話をしましたが、それだけではなくて、単位もいろいろあります。まず、地域包括支援センター単位のネットワークがあります。ここでは月1回定期的に会議を開催するといいいのではないかと思います。それから、市町村単位のネットワークがあります。市町村に一つしか包括支援センターがない場合と、例えば大阪市のように24の包括支援センターがある場合がありますが、いずれにおいても、市町村単位のネットワークとしては業務固有の課題について情報交換する会議をイメージするといいいでしょう。さらに、市町村圏域を超えた都道府県単位のネットワークがあります。

ネットワーク構築の方法ですが、以下の四つの動きをしていきます。一つは、地域の社会資源やニーズを把握することです。この動きを十分にしておかないと、どの目的で誰とネットワークを組めばいいのかといいいことがなかなか分からないので、まずはこれが必要

です。そのうえでネットワークを構築していきます。まずはネットワークの必要性を認識しあい、多様なネットワークを形成して、さらにネットワーク間の横断的なつながりを作っていきます。そして、ネットワークの自立性の向上、社会資源を開発していきます。ただ、単にネットワークを組むだけではないことをご理解ください。

では、高齢者虐待防止ネットワークを例に見ながら、何が重層的なのかということを見ていきます。このネットワークの中にも三つのネットワークがあります。まず、最も住民に近いところには、早期発見・見守りネットワークを置きます。それから、支援、措置への対応、在宅ケアを一緒に担っていくものとして、保健医療福祉サービスのネットワークを作ります。さらに、弁護士、家裁などの関係専門機関のネットワークを作ります。ただし、これらは直接的な行き来はしておらず、意見は一度包括支援センターに集約されて、三つのネットワークと全体のネットワークが動いていくという形になります。

包括支援センターの二つめの役割として、総合相談支援・権利擁護があります。この中には、実態把握と総合相談とネットワーク構築の三つがあります。高齢者、家族、近所のかたから、またはケア提供者などから話を聞くなど、いろいろな形で高齢者の実態把握をして、その総合相談に応じて、一つのケースを二つ、三つと重ねていく中でネットワークを構築していきます。私の経験では、ネットワークづくりに一つ一つの事例がとても大切だと思っています。一つの事例を通して、その人がよりよい生活を送るためには何ができるかを真剣に一緒に考えた人たちとは簡単に協働関係ができます。そういう関係を結べた

人とは、次回同じような事例に遭遇したときに、ちょっとした声かけでネットワークができます。それぞれの事例を実態把握だけで終わらせずにネットワーク構築まで持っていくためにも、総合相談支援はすごく重要な役割を担っています。

三つめとして、包括的・継続的ケアマネジメント支援があります。これはもともと在宅介護支援センターが担っていたケアマネジャーの後方的支援と同じだとイメージしてください。高齢者への直接的なかわりというより、ケアマネジャーを介してのかわりが多い業務になります。介護予防、新予防給付、予防給付のすべてが対象です。

そして四つめが介護予防ケアマネジメントです。これは包括支援センターが新たに担う業務です。対象は介護予防事業と新予防給付の対象となる人たちです。この新予防給付はケアマネジャーに委託ができますが、ケアマネジャー一人に対して8件のみとなっているので、ほぼ包括支援センターが担わなくてはなりません。そのため、業務多忙の中で他の業務ができないという話をよく聞きます。

介護予防ケアマネジメントをするうえで重要なのは、生活機能低下に至る直接的な原因だけを見るのではなく、その裏側には間接的な原因があるので、そこにもターゲットを絞ったプランを作らなくてはいけないということです。直接的、間接的原因の両面にスポットを当て、間接的な原因を取り除く環境を作るところまで見ていくのはとても難しいのです。これにかかわろうとすると、後でお話するまちづくりまで考えなくてはいいませんが、そこまでしてはじめて真のマネジメントだといえます。

大阪府が「地域包括支援センター介護予防



支援業務に関する緊急とりまとめ」として各市町村の調査をした結果ですが、大阪府は全国的に見ると非常に優秀です。実は4月の時点で包括支援センターが立ち上がらなかった市町村もかなりありますが、大阪府は全市町村に包括支援センターができました。ただし、そのうち直営は20か所で、委託がほとんどです。

3. 介護予防事業について

1) 介護予防とは

介護予防とは、まず一つは要介護状態になることを予防することですが、実はこれだけではなく、要介護状態になっても悪化させないようにするという二つの意味を込めています。要介護状態の方も含めた話であることをご理解ください。

予防というからには、ただ単に一側面だけの予防をすればいいのではなく、1次、2次、3次のすべての予防を含んでいます。1次予防は生活機能の維持向上で、対象は主に一般高齢者となります。2次予防は生活機能低下者の早期発見と早期対応で、対象は主に特定高齢者となります。3次予防は要介護状態の悪化予防なので、対象は要支援者を含んだ要介護者となります。なぜ対象のところに「主に」とつくかというと、対象者の状態は流動的だからです。一般高齢者がちょっとしたきっかけで特定高齢者になったり、特定高齢者がちょっとしたきっかけで要介護者になります。また、逆もありえます。本当にちょっとしたきっかけで対象が動きうる、絶対にこのことというのはないので「主に」という表現にしました。また、この三つの予防が連動していないと、恐らく介護予防は成り立ちません。

では、従来の介護予防事業は何が問題だったかということ、まず、介護予防事業を地域支援合い事業プラス老健事業の二つの事業枠でやっていたということで、一貫性と継続性と連動性がありませんでした。また、漏れ落ちている対象者がたくさんいたり、重複があったりしたことも問題でした。二つめは、軽度の要介護者が増加している、つまり介護予防効果が上がっていないことです。三つめは、介護予防を要する高齢者は誰かということがすごく不明確なことです。それぞれのスタッフの頭の中もばらばらだったと思います。四つめは、一体何をすれば効果があるのかというアプローチ方法が分からなかったことです。そして五つめは、要介護予防者というのは潜在化しやすいのですが、そういった人たちを把握するシステムがなかったことです。

これらの問題点を解決すべく、今回、介護予防事業が立ち上がりました。その中身は、一つは地域支援事業における介護予防事業です。これには特定高齢者と一般高齢者の施策があります。もう一つは介護保険における予防給付です。予防給付の対象は要支援1、2の人です。把握事業はなく要介護認定を経由してくる人たちで、内容は重度化の予防で、ケアマネジメントが要ります。介護予防特定高齢者施策の対象は、把握事業を通して必要だと言われた人、要支援・要介護者になるおそれがある人たちで、高齢者のうち5%だと言われています。内容は生活機能の低下を早期に防ぐことで、これもケアマネジメントが要ります。一般高齢者施策の対象は、ほぼ高齢者全員です。内容は生活機能の維持・向上で、これにはケアマネジメントは要りません。

2) 地域支援事業における介護予防事業

特定高齢者施策には、把握事業、通所型、訪問型、評価事業の四つがあります。一般高齢者施策には、普及啓発事業、活動支援事業、評価事業の三つがあります。

では、特定高齢者の事業について少し見ていきます。特定高齢者把握事業の対象は1号の被保険者です。2号の人が同じような状態になった場合は、老健事業で対応するよう国は言っています。実施主体は市町村ですが、一部、包括支援センターに委託可能です。業務内容として、まず特定高齢者の把握についてですが、把握数の見込みは1号の被保険者のおおむね5%を予測値としています。

事業の流れとしては、まず、基本健診を受けてほしいという広報活動をします。国はこの広報活動によって、65歳以上のかたを対象とした場合、約50%の人が受診してくれることを目標としています。次に、国が出したチェックリストを使って候補者を選定します。候補になりそうな人にはもう少し詳しい検査を受けてもらい、健診医がそれらを総合判定して特定高齢者の候補者を決めます。候補者が選定されたら、もう一度その人が特定高齢者としての施策に乗っていかどうかということを決定します。このように、2段階で選定して最終的に特定高齢者が決定されます。候補者を決定するに当たっては、基本チェックリストだけではなく、これに追加した選択項目も受けて、それらをすべて総合に判断しなくてはならないという仕組みになっています。あと、決定に際しては包括支援センターのケアプランとの整合性をつけていく意味でも、決定に関しては包括支援センターに委託することができます。

候補者の選定と特定高齢者の決定では、基

本チェックリストのうつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち12項目以上に該当する人、運動機能向上の5項目すべて該当する人、栄養改善2項目すべてに該当する人、口腔機能の向上3項目すべてに該当する人たちが候補者になり、候補者選定後、機能向上プログラムを判定していきます。こういった厳しい候補者選定を経なければ特定高齢者決定の段階には進めない仕組みになっています。

介護予防事業には、ほかに通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業、そして介護予防特定高齢者施策評価事業があります。評価については、プロセス、アウトプット、アウトカムという評価をしなくてははいけません。それぞれが何を意味しているかは、事業マニュアルを見てください。

3) 予 防 給 付

予防給付の対象については、通所系サービスを中心として実施していきます。

4) 介護予防事業（特定高齢者施策）に関する今日的課題

介護予防事業は、すでにスタートしているところ、もしくはこれからスタートするところがほとんどです。この事業に関する今日的課題としては、特定高齢者把握において、チェックリストを使用しても特定高齢者が出てこないという声をしょっちゅう聞きます。

実施上の課題としては、方法論を習得した人がいない、予算が十分でないからできない、場所がない、委託先がないということが出ています。さらにもう一歩進んで、その裏にある課題は何かというと、結局は身体機能向上に焦点化され、生活機能向上につながるプログラムも考えているかということです。

評価の課題は、まだ評価を実施していないのでなかなか出ていません。いちばん簡単な評価方法は事業実施前後を評価して効果があったかどうかを見ることです。しかし、それだけでは、各自の生活の変化や効果の継続性、さらにはずっと先に要介護状態になる人が減るかどうかまでは測れません。真の介護予防効果を知るためには、長期的で広い視野が必要だということです。

これらの課題を解決していく糸口は、やはりまちづくりにあると思います。

4. 介護予防とまちづくり

1) まちづくりの基本的な考え方

まちづくりとヘルスプロモーションはすごく似た概念を持っています。ヘルスプロモーションは1986年、WHOのオタワ憲章で使われたのが最初です。しかし、日本ではヘルスプロモーションと言われるまでにだいぶ時間がかかりました。実際にヘルスプロモーションの概念を使って政策を立てていこうと国が動き出したのは「健康日本21」を作るときで、その頃からヘルスプロモーションの重要性が日本でも取り入れられるようになりました。日本ではまだ新しい概念といえます。

2) ヘルスプロモーションについて

ヘルスプロモーションの定義は、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」です。決してただ単なるゴールや目標ではなくて、ムーブメント、プロセスだという理解です。

ヘルスプロモーションのねらいは「すべての人々があらゆる生活舞台で健康を享受することのできる公正な社会の創造」です。結局は健康に生きていけるような町を作るとい

ことがねらいになります。このようにまちづくりととてもよく似た概念です。

人間の健康を規定しているものは何か、それは個人の責任かというときに、やはり個人だけではない、不健康にならざるをえない環境、健康を規定していた環境があったのではないか、ヘルスプロモーションでは、このような健康の社会的決定要因に着目をしています。個人がどんなにパワーアップしても、個人は環境と相互作用しながら生きていくわけですから、社会的決定要因が何も変わらなければ元のもくあみです。ですから、環境に対応しなければいけないというところが、ヘルスプロモーションとこれまでの健康づくりとの大きな違いです。

例えば、個人が健康の玉を坂道のもっと上の方へ押し上げていこうとすると、個人技術として個人をパワーアップさせる、もっと健康になれるように力をつけるということが、まず一つあります。しかし、それだけではやはりだめ、社会的決定要因があるということで、例えば地域の住民が後ろから押してくれるとか、地域活動を強化して地域の人たちが個人を支援できるような体制にしていくことで、玉を容易に押し上げることができます。また、玉を押し上げていく坂がもっと緩やかになれば、玉を上げるのにそんなに労力はかかりません。ですから、この坂をもっと緩やかにするような環境づくりをすることもヘルスプロモーションに含まれます。あとは、すべての基本となる公共政策、ヘルスサービスの方向を転換させます。これらがヘルスプロモーションの大きな活動となります。

ヘルスプロモーションでは、個人ではなく個人の健康を規定する環境に着目することと、環境に着目したときに健康に生きていける地

域づくりということを主眼に置いていかなく
てはいけないということを理解してもらえれ
ば、良いと思います。

5. 介護予防事業の今日的課題への対処法

1) 特定高齢者把握における課題

では、「基本チェックリストを使用しても
特定高齢者が思うように把握できない」とい
う課題について、仮想市を例にとって皆さん
で検討したいと思います。

仮想市の状況です。人口は20万人、高齢化
率は16%です。基本チェックリストを用いて、
基本健診時に特定高齢者把握事業を国が言っ
ているとおりに実施しています。基本健診は
通年体制です。実際に把握されている特定高
齢者は、運動機能で5人、栄養改善で2人、
口腔機能で1人となっています。もっとたく
さん出てこななくてはいけないのに、たった8
人でどうしようと悩んでいる市町村です。

今からでも特定高齢者を思うように把握し
て、対象者を掘り起こすためには、どうい
う対処をしていかななくてはいけないのかとい
うことを皆さんで検討してみてください。

よく国のチェックリストが悪いのではない
かという話を聞きます。もしかしたら、それ
もあるのかもしれませんが、しかし、これが悪
いと言ってしまうと先がなくなるので、その
意見はなしでお願いします。国のチェックリ
ストは使うとして、健診方法の工夫とか、特
定高齢者の把握ルートは複数あるのか、それ
はシステム化されているのか、うまく機能し
ているのか、そういったところを検討してく
ださい。

私は市町村の状況が分かっていないので、
また、困っている市町村を助ける意味でも、
特定高齢者把握のためにこんな工夫をしてい

るというところを紹介していただきたいと思います。

(柏原市) 特に工夫していることはありません
が、基本チェックリストについては、自
覚と他覚にはかなり違いがあるので、そこ
を確認する作業をしています。また、私ど
もは、特定高齢者算定予想として、高齢者
人口の5%つまり650人のうち、今年度は
350人を対象として介護予防事業を予定し
ておりますが、基本健診によって上がって
くる人を入れても今の状況では250人いく
かないかという感じなので、地域の役
員、民生委員を通して地域との情報交換が
非常に大事になると思っています。

大方のところ、基本健診で把握できない
ということで困っています。国のほうは、い
ろいろな場面で、できるだけ悉皆に近い形で
チェックリストを実施できれば5%は余裕で
出てくると言っていますから、結局は特定高
齢者の把握ルートの問題です。今の柏原市
のように、健診の場面だけでなく複数ルートで、
できるだけ悉皆に近いものにすれば、この問
題は解決される可能性が出てきます。

(A) 私は、チェックリストによって閉じこ
もり措置になったかたの訪問をしているの
ですが、行ったら元気に躍り出てくる、水
泳に週1回行っているという人もいます。

それは本人の認識と、そのときの状況によ
ります。たまたま状態が悪いときにチェッ
クリストが書かれた可能性があると思います。

(B) うち民生委員さんからのルートが確
立されていないので、基本健診のみとなっ

ています。こういう認識は市民ももちろん持っていませんし、行政は縦割りで、ほかの業務を頼むことが厳しい中で老人医療の制度が変わってきているので、やりにくいというのが現状です。

(C) 老人医療の適正化という中に適正受診を指導しましょうということがあります。多受診のかたが特定高齢者と見なせるかどうかは分からないのですが、そういうかたを訪問して、医療の適正化と併せて介護予防をやらうとしています。やれるところからやっています。

いろいろ工夫されているところは、多分、それが実施しやすい町をすでに作っていたのではないかと思います。実際に把握するルートを広げていろいろなところから把握していくと、ここは動かないと思っていた縦割りの壁も何か突破口が見付き、良い流れを起せるのではないのでしょうか。それをうまく具現化したのが柏原市ではないかなと思います。

(D) 私たちのところは、予防給付のマネジメントで手一杯で、介護予防事業のほうのマネジメントに手が回らない状態で、そこが問題になっています。

特定高齢者を把握すると、逆にマネジメントをするマンパワーがなくて事業をできないという問題につながってくるということです。

結局、柏原市のように複数ルートでなかなかできない、健診だけでやってしまわざるをえないということで人数が上がらないという体制にどうアプローチしていくかということですが、住民参加や訪問活動など、いろいろ

なルートが本当はあるはずですが。特定高齢者の把握が偶然できるということは、多分ないと思います。どう住民が包括支援センターに情報を持ってきてくれるか、それをいかに持ってきやすいシステムにするかというところが重要です。

その工夫を他市町村に聞いて、いろいろなルートを作っていけば、恐らく把握できすぎて困るというほど、けっこう容易にチェックリストを用いて把握できるかもしれません。府下のどこのかの市町村が、市政だよりもチェックリストの簡易版を載せていました。それは四つか五つぐらい本当に簡単な項目だけをピックアップしたもので、候補者把握のもう一段階前のものだと思いますが、それで一度やってもらって、これに当てはまった人は生活機能チェックを受けに来てくださいとか、包括支援センターに連絡をくださいというような案内をしていました。また、チェックリストをそのまま載せている市町村もありました。これらはチェックリストが目につきやすいような工夫をして、当事者からのルートを強化しようという作戦だと思います。

このほか、高齢者のかたはけっこうコンビニに行くというイメージがあるので、コンビニやスーパーなど、惣菜系を売っているところとタイアップしてやるということも考えられるのではないかと考えています。もし取り入れてみてくださるところがあれば、考えてみてください。別に行政が今手元に持っているネットワークや方法論だけではなく、そこそこがつながるとは思えないところをつなげてみるのも、もしかしたら一つの手かもしれません。そうすれば把握はそんなに難しいことではないし、把握ルートを作ること自体が包括支援センターと住民との間の距離を縮

めて、住民とのネットワークを作る、また保健センターと包括とのネットワークを作る基盤になっていくのではないのでしょうか。

2) 実施上の課題

二つめの、個々の身体機能向上に焦点化されて、生活機能向上を本当に実施内容に入れているのかということについてもお話を伺ってみたいと思います。

大東市は、町全体で介護予防や生活機能向上につながることをされています。紹介してください。

(大東市) 今、「元気でまっせ体操」というものをしています。全部で35か所近くの地域で、市民主導の形で取り組んでいます。また、これからの介護予防教室に協力していただいたり、地域での教室のリーダー的な役割を担ってもらうようにということで、地域で活動できるサポーターを養成しています。

特定高齢者の施策も現在考えていますが、基本健診だけで把握するのはなかなか難しいので、例えば認定されていても介護保険のサービスを使っていない方やハイリスクに近い方にも対象範囲を広げたいと考えています。介護予防教室を地域の行きやすい複数の場所で開催するような工夫をしています。

大東市は、先に地域の受け皿づくりをしているということです。地域の中に介護予防が必要な対象が、一般高齢者も含めて、通えるような場が先にできていて、あとは乗せていくだけという形になっています。運動機能向上というときに、特定高齢者だけを集めて運

動機能向上のためのマシンをどんどん取り入れてやったとしても、その人たちが帰っていくのは地域です。その地域にそれを継続していくための仕組みとか、地域の人たちと一緒に楽しめる場、受け皿がない状態のままでトレーニングプログラムだけをしてしまうと、身体機能が向上しても地域に帰ってからの生活は変わらないままになってしまいます。ですから、まず受け皿を作る、もしくは受け皿を作りつつ特定高齢者を把握し、先に特定高齢者用のプログラムを実施して、終わったあとには地域の受け皿へつなぎ、自分の生活の場へ戻っていけることによって生活機能向上につなげていく仕組みを作ることが良いと思います。

今後、特定高齢者が地域に戻ったときに、サポーターと一緒に継続していける、みんなが見守っていくという体制が、そのまま地域づくりにつながっていくのではないかと思います。単に運動をして筋力を上げるだけではなくて、そのつけた筋力を自宅や地域に帰ってから生かせる、生活機能向上につながるような工夫をしているところがありますか。大東市の話聞いて、そうか、そんなにできるのかということなかなか発言しにくいと思いますが、筋力トレーニング一つだけをするのではなくて、地域の中で継続していけるような、その人の生活機能として筋力向上が働くような仕組みづくりをしていかないと、この人たちは教室が終わってしまうと、また筋力低下してしまいます。

先ほどのヘルスプロモーションの考え方でいくと、個人の能力だけ評価して終わったということとイコールになってしまうので、個人の能力を強化するだけではなく、地域の中で健康の玉を押し上げている坂道の傾斜を低



くして、地域のサポーターを育成して、地域活動を強化するところまでできてはじめて、介護予防なのだろうと思います。

3) 評価の課題

評価については、国がかなり細かい評価指標を出しているのですが、まずはこれをやってみることが一つだと思います。そして、足りないものは来年度以降つけていくというやり方がいちばんいいのではないかと思います。ただ、評価するときになってはじめて悩むことも多々あるので、評価の計画はできるだけ早めに立ててください。計画を立てておかないと、いざ評価するときになってデータが取れていないということが起こりかねません。また、評価の目的や主体を明確にした評価計画をたてると良いでしょう。

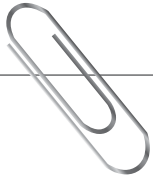
介護予防事業だけで効果が出たとしても意味がありません。それが本当に介護保険事業計画の要介護高齢者の減少につながっているのか、高齢者保健福祉計画の高齢者の生きがいづくり、まちづくり、健康な生活づくりにいけているのか、さらに、いろいろな世代が健康でいられる「健康日本21」の政策にも合致しているのか、この辺のイメージも持っていないではいけません。介護予防事業だけ測っているとそれに続くものがなくなってしまっているので、この事業はいったいどこ事業につながっていくものなのか、もっと大きいところで見たときにこの事業は意味があるのかという側面も評価する視点を持ってください。

6. 介護予防のまちづくりに地域包括支援センターや市町村担当課は何を担うか

包括支援センターは何を担うかというところ、やはりネットワーク構築がいちばん大きいと思います。まちづくり＝ネットワーク構築と言っても過言ではありません。結局は地域包括支援センターがネットワーク構築の主軸となるわけですから、ここがうまくまちづくりの仕組みづくりをしていかなければいけないのではないかと思います。

一方で、市町村も包括支援センターに任せればよいわけではありません。事業計画がいかにまちづくりという視点まで盛り込んだ、理念だけではなく具体的なものまで盛り込んだ計画になっているかどうかというところは市町村の責任になると思います。また、委託先である地域包括と地域住民の組織など、いろいろなところと目標を共有しているのか、地域包括の抱える課題をいかに一緒に理解しながら政策をともに考えていけているのかということも、見直してみられるといいのではないかと思います。

頭の中ではできるだけ大きく考えてください。しかし、アクトするときには何でもかんでもできないので、できることをしてください。“Think globally, act locally！”それが何よりも重要なことだと思います。皆様のご活躍を期待しています。



第 6 回 講 座

平成18年 9 月 1 日実施



テーマ：「わが国の社会保障と介護保険」

講 師：堤 修 三

(大阪大学大学院人間科学研究科 教授)

「わが国の社会保障と介護保険」

大阪大学大学院人間科学研究科 教授
堤 修 三

はじめに

私は、今は大阪大学にいますが、32年間、厚生労働省で役人をやっていた、最後の5～6年は介護保険に関わりました。制度の設計をするときは老人保健福祉局の企画課長をしており、老人保健福祉審議会や、当時は自社さ政権でしたから、早朝に国会で開かれる与党の福祉プロジェクトでの議論を毎週のようにやって、法律案の国会提出に至りました。法律案が通ったのは1997年12月ですが、私は、翌年1月には介護保険担当の審議官となり、「介護保険制度実施推進本部」の事務局長として、2000年4月の実施に向け政令や省令、介護報酬などを決めていく仕事を3年ぐらいいやりました。その間も審議会等や与党の部会への説明などが続きました。介護保険のスタート後は、初代の老健局長になりましたので、ずっと介護保険の創設・実施に携わったことになります。

そのあと、今、何かと話題の社会保険庁長官を1年間だけやって退官し、阪大に来たわけですが、退官後は役所とは特に縁がありませんので、今回の改正の具体的な内容や動機などについてはよく知りません。言ってみれば、介護保険を作ったときのまま冷凍保存されている状況ですので、現役から言わせると古いに違いないのですが、やはり介護保険の基本にもう一回触れておいたほうがいいだろ

うということで、前半は社会保障全般、後半は介護保険の忘れてはならないことをお話ししたいと思います。

1. わが国の社会保障の成立と推移

社会保障制度は、今はどの先進国にも常備されていますが、それぞれの国の一定の歴史的な発展段階で、各国の経済的・社会的条件に応じて成立し、その発展に応じて変貌を遂げていく歴史的な生成物です。しかも、いったん成立すると、自ずから変わっていく、あるいは生長していくものだと思います。ですから、理念的に外国にもこういうものがあるからと、簡単に置き換えられるものではなく、それぞれの国の風土、歴史に規定されているという面が強いということを強調しておきたいと思います。

社会保障制度は、基本的には産業化に伴って成立します。日本の場合であれば、産業化が始まることによって、都市の貧民層が出てきますから、貧困問題に対する対策が1874年の恤（じゅつ）救規則から始まり、1929年の救護法で確立します。他方、産業化が進むと労働者の保護ということで、工場法、今の労働基準法のようなものができてきますが、社会保障分野では1922年に健康保険が創設されます。厚生年金は1941（昭和16）年ですから、戦争の大変なドタバタのときにできています。



これは戦費を調達するためというのが1つのねらいでしたが、当時の記録を読みますと、国は労働者のことも考えているのだと大変評判がよかったと書いてあります。労働者層から見れば、老後の年金を国が作ってくれたということもあったようです。それから、1938（昭和13）年には、当時はまだ農業が大きなウエイトを占めていましたので、農民の健康も守らなくてはいけない、健兵政策で丈夫な兵隊を作る必要があるという時代背景から、国民健康保険が制度化されました。

戦後の復興となりますと、1947（昭和22）年に生活保護法がGHQの指示で作られ、その後、新憲法を受けて今の生活保護法に改正されましたし、戦災孤児の問題などをきっかけに児童福祉法ができたり、戦争に行き身体が不自由になった傷痕軍人を主眼として身体障害者福祉法ができたりします。

高度成長が開始され、所得階層がだんだん平準化していく中で、国民皆保険・皆年金が1961（昭和36）年に成立しました。総中流社会といわれるようになってくると、年金水準も充実して医療保険もだんだん安定してくる。そして、「福祉元年」と呼ばれる1973年（昭和48年）を迎えて、老人医療の無料化などが実現することになりました。

経済が発展するということは、基本的には賃金が上がる。物価も上がりますが、生活水準がよくなっていきますので、必然的に寿命が延びる。そして、今の生活をエンジョイするということがあって少子化も進みます。そうすると、年金制度が危うくなってきます。あるいは老人医療も今の制度的な構造からすると、負担の不均衡問題が出てくるということで、高度成長が終わると少子高齢化もあって、社会保障は厳しい状況に直面することに

なります。

2. 年金制度の生長と変容

年金制度を大きくタイプで分けると、まず、自分のお金を積み立てていって、例えば年を取ったときに、そこから年金を支払うという積立方式があります。それから、賦課方式という、自分のお金を積立てたものから支払うのではなくて、現在の若者世代から支払ってもらう（自分たちが出したものはすでに大昔のお年寄りのために使われている）方式もあります。

また、「拠出建て」「給付建て」という違いもあります。「拠出」は保険料、「建て」は分かりにくいですが、要するに保険料を固定し、保険料収入の範囲内で年金の支払いを行うことです。「給付建て」は、例えば厚生年金や共済年金の場合、現役世代の所得の50～60%ぐらいの年金で支払いますと、幾ら年金を払うのかをまず押さえ、そのために必要な保険料を取り、もし足りなくなれば保険料を上げて必要な年金を支払うというものです。この2つの方式を組み合わせると4つのパターンができます。

1) 4つのパターン

① 積立方式

積立方式／拠出建ては、例えば金額ベースでいくと、月々1万円を30～40年払います。もちろん、たまったお金は運用しますから少しは利息がつきますが、1万円をずっと積み上げていく。そして、その積立金の範囲内で、30～40年後の年を取ったときに年金をもらいます。つまり月々1万円の保険料は固定されていて変わらない。では何が保険なのか。めでたく年寄りになった人はハッピーで、不幸

にして早く死んでしまった人はもらえない。つまり、特にサラリーマンにとって長生きは収入途絶というリスクなので、それに対してはリスク分散の保険の機能を果たすというわけです。

積立方式／給付建てというのは、運用利回りなどは確実ではありませんから、厳密には制度としては無理があるのです。例えば、現役世代の所得の50%くらいを年金として保障すると初めに約束して、一応40年間計算を試みたら月々1万円ぐらいの保険料でいいと、積立てていきます。ところが、そのあとインフレなどの経済変動により、運用リスクも変動するので、月々1万円ずっと積立てていっても、40年後にお年寄りみんなに現役世代の50%の年金を保障することは約束できないかもしれません。例えば40年間の物価などをきちんと計算でき、金利の運用でも利息を5.5%必ず確保できることを神様が保証してくれればいいのですが、そういう保証はありえないわけで、本当はちょっと成り立ちにくいのです。しかし、実際にはこれが成り立つかのような形で作られた制度も存在しました。

② 賦課方式

例えば、現役世代の所得の50%を年金として保障しようという賦課方式／給付建ての場合は、50%を保障するために現役世代が保険料を出さなければいけません。少子高齢化がどんどん進み、賃金水準もあまり伸びない場合は、お年寄りはたくさんいますから、その現役世代の50%の年金、例えば今50万円だとすると、25万円を保障するためには、保険料を予定より上げなければ、25万円を払うという約束を果たせないわけです。これは今の少子高齢化が進む時代には、50%が約束さ

れたお年寄りにはハッピーな制度ですが、保険料がどんどん上がっていく現役世代には非常に酷なことになります。

2004年の年金改革により、わが国の年金は賦課方式／拠出建てになりました。つまり、賦課方式であることは変わりませんが、現役世代の保険料は固定します。厚生年金の保険料率は18.3%に固定して、その保険料収入の範囲内で年金を支払うことになったわけです。しかし、この18.3%とは賃金の18.3%ですから、賃金を払う人、つまり現役世代が少子化で減っていけば、トータルの18.3%分の保険料収入は増えません。あるいは賃金が2%伸びると思っていたのに1%しか伸びないと、やはり収入は減ります。すなわち、保険料率は、賃金や人口の伸びに一定の仮定を置いたうえで50%ぐらいと計算してあるのですが、高齢化で予想が狂えば、18.3%の保険料をずっと現役世代に払ってもらっても、トータルとしては15%分に相当する保険料収入しか入ってこないかもしれません。逆に少子高齢化が大いに改善して現役世代が増え、景気も大いに回復して賃金の伸びが予想以上に多くなれば、この収入は所要額以上に増えるという関係になります。

2) 年金制度の発展

この4つのパターンは歴史の発展段階に応じて変わっていきます。最初は積立方式でスタートします。賦課方式では論理的にスタートできない。つまり年金というのは、例えば20歳から40歳まで年金保険料を払い続けた人が60歳からもらう資格があるわけですから、2006年にかりに年金制度をスタートさせて、これから年金の保険料を払い始めるとすると、実際に年金をもらえる人は2046年にならない



と出てこないわけです。現に若者がいるのだから賦課方式にして払ってもらったらいいいではないかといっても、40年間保険料を納めた年金を受け取る資格のある人がいないのです。タイムマシーンで時間をさかのぼって保険料を払うことができない以上、年金制度は当然、積立方式でしかスタートできないのです。

本当は理論的に問題があるのですが、普通の国の制度では積立方式／給付建てでスタートします。これだけの年金水準を保障しますと、〇万円年金とか、現役世代の〇%保障とかいう格好でスタートするわけです。そうでないと普通の国民は納得して保険料を納めてくれません。皆にお金を出してもらうわけですから、将来どうなるか分からない、どんどん目減りするかもしれないというのでは、約束にならない。ですから、普通はどうしても給付を約束しながら積立方式でスタートするという、無理なことをやるわけです。

そういうことでスタートした積立方式の年金ですが、40年間はもらう人がいませから、積立金が増えていく一方になりますので、政治的には、そのまま続けるのは困難です。国民は一方的にお金を払うばかりですから。そのうちにインフレが来たりすると、100兆円も積み立てたものが、70兆円に目減りするなどということもありますから、なおさらです。年金制度がスタートするときは、大体は経済が発展し産業化が始まる時ですから、どんどん景気もよくなって保険料収入も予想以上に増えるので、そんなにきちんとした計算でいっぱいお金を積み立てなくともいいではないかということになります。

そこで取られるのが、次の段階保険料方式です。10%の保険料を納めてもらわなければ理論的に成り立たないのだけれど、そんなに

ため込んでもしょうがないと国民や政治家は判断します。3～4%から徐々にスタートして、増やしていくことで十分ではないか、お金を今すぐに使うわけではなしとなってくるわけです。そういうことで大体積立方式でスタートした年金は、2～3年すると段階保険料方式に変えられます。

その後は、高度成長経済が進んで、物価もどんどん上がりインフレになってきますので、積立金が目減りする。積立金が目減りしてくると、それぐらいなら現役世代から出してもらう賦課方式にした方がいいではないかとなるわけです。ところが、賦課方式になってしばらく後になると、今度は、経済発展の結果として少子高齢化が進行してくる。すると賦課方式／給付建ては、年金水準を保障して現役世代にその分を出せということですから、現役世代には非常につらいことになる。もう、これは限界だということで、保険料を固定して年金をその範囲内で払うという賦課方式／拠出建てになります。年金制度は大体こういう4段階を辿ります。

3) 最近の年金問題

今の話の中に、幾つか最近の年金問題の論点が含まれています。例えば、スタート時は積立方式ですから、本当は10%の保険料をずっと出してもらわなければいけないのに、そんなに積立てもしょうがないということで、仮に、初めは2%、10年後に4%と順に上げていくことにすると、実は、その段階からすでに世代間の格差は織り込み済みだということになります。つまり、年金制度は完全に純粋な積立方式を維持しない限りは、年金の世代間格差は初めから入っているのです。今ごろ世代間の公平とか不公平というのでは

なく、世代間の格差はもともと入っているわけで、それはそういうものだというしかないのです。

日本の年金制度は、この4つの段階を経て今の制度に至っているわけです。地面は、昭和あるいは平成の日本で、そこに年金の木を植えたら、それはどんどん生長していくわけですが、葉っぱの形が違うのです。つまり、同じ木（制度）なのですが、制度の意味が時期に応じて変わっていくのです。だから、国民の皆さんは、年金とは自分たちが積立てたお金がいずれ戻ってくると素朴に思っている人が多いわけですが、それは初期の話で、今は自分たちのお金ではなく、若者のお金です。実は、同じ年金制度でも原理や考え方が段階に応じて大いに変わっていくので、非常に誤解を招きやすいことになります。

2004年の改革をする段階ではいろいろな議論があって、現役世代に負担のしわ寄せがいくので、もう限界ではないか、やはり人口構成に左右されない年金制度にすべきではないかということで、積立方式に戻したらどうかという議論が出てきました。でも、それは採用されませんでした。理論的に絶対ありえないとは言いませんが、積立方式に切り替えることは、この50～60年間育てられてきた大きな年金の木を引っこ抜くということです。従来制度の下で支払わなければならないと思われる約600兆円という大きな‘穴ボコ’を誰が埋めるのかという大問題があるのです。引っこ抜いたすぐ横に、小さな新しい積立方式の年金の苗木を植えるわけですが、そうすると、積立方式ですから、今度はその苗木にも若者たちは自分たちの分をずっと積立てていかなければいけません。ということは、現在の現役世代は、すでにお年寄りやそれに近

くなった人たちについて払わなければならない600兆円と自分たちの将来に向けて積立てる保険料の、両方を負担しなければいけません。二重の負担です。それが本当に現実的にできるかというと、偉い経済学者が考えても、簡単にできそうもない。年金制度は一回始めたらやめられない麻薬のようなもので、やめたくてもやめられず、現にある制度に付き合っていくほかないという面倒な制度だと思います。

あるいは、基礎年金を税金にしてみえという議論もありました。若い人たちの少ない割合が国民年金の保険料を払っていないのだから、保険料を止めて税金にしろと言うわけです。そういうことをやっている他の国もあるので、それはないとは言いませんが、税金による年金となると、どうしても財政のコントロールが強くなり、こういう人に払わなくてもいいではないか、金額を抑えていこうということになりがちです。そこが税金と保険料の違いです。保険料は約束の程度が強いわけです。基礎年金税方式を言う人は多いのですが、財政上厳しい中でそれで本当に年金水準が守れるかというと、約束の度合いが違うので、そうならない可能性の方が大きいと思います。約束が守れるように、消費税の〇％を基礎年金目的税にして、しっかり入れたらいいのではないかとする人がいます。そういう案も否定はしませんが、消費税の税収は国民の消費の伸びに応じて伸びる一方、年金に必要な経費は国民の消費の伸びより高い伸びを示すことが、少なくとも高齢化がどんどん進んでいる時期には予想されます。国民の消費支出の伸びに応じて基礎年金目的消費税の収入は伸びていくわけですが、それ以上に年金の費用が伸びていくと、どう調整する



か。年金目的消費税の収入の範囲内でしか年金を払わないことになったら、年金を下げるしかありません。年金はきちんと払います、そのために必要な費用を集めますという、消費税率を上げなければいけません。どちらにしても政治的には極めて厳しい話で、政治家がどう判断するかですが、やはり消費税率を上げることはそう簡単な話ではありません。だからといって、年金の水準を下げると高齢者の反乱が起きるかもしれないということで、年金目的消費税も実際に考えてみるとかなり難しい問題があります。

3. わが国の社会保障の体系

1) 2006年改革前

今回、医療制度の改革が行われ、わが国の医療保障の体系が大きく変わろうとしています。医療保険は大きく健保と国保に分かれており、その大きな枠組みの中に老人保健が入っており、健保と国保の分かれ目の点線は其中を突っ切って、費用は国保・健保から老人保健に流れています。老人保健の実施主体は市町村長ですので、医療の給付は市町村長の仕事です。しかし、保険料は老人保健として取っているわけではなく、100歳のお年寄りも健保か国保かどちらかに属していて、籍は抜いていないわけですから、もともと本籍地である健保・国保からお金を出して、老人保健の医療の費用を賄っています。もちろん、お金を出す時に健保と国保の負担の不均衡を調整していますが、なぜお金を出すのかというと、別居はしているけれども本籍はあるからです。

今までのわが国の医療保険は、国保と健保の二元的な体系になっています。それから、年金は基礎年金と被用者年金という2階建て

方式になっていますが、その基礎年金をよく見ると、給付はみんな共通で、老齢基礎年金は月々6万7,000円です。しかし、負担は1号と2・3号で全く異なり、1号は定額で、2号・3号はサラリーマンとその妻ですから、給料比例で事業主負担がある形になっています。

介護保険は、1号被保険者は給付と負担のいずれも国保と健保の別は関係なく、2号の負担のところだけが国保と健保に二元化されています。しかし、医療保険はまだ二元化されていません。

一元化とか一本化とか紛らわしいのですが、今の医療保険は健保と国保が分かれています。そして、1,900ぐらいの国保の保険者があり、健保も大きな政管健保がありますが、健保組合や共済もあるという格好になっていて、つまり二元的化された制度になっています。

一元化というのは、地域保険の体系と被用者保険（職域保険）の体系を1本にするということです。介護保険は、制度は1つですが、保険者がたくさんあります。雇用保険は、1つの制度で、保険者は厚生労働省ですから、一本化された制度です。一元化と一本化は、制度のレベルを一つにするのを一元化と考え、その一元化された中で保険者も一つという場合は一本化と理解したらいと思います。全国市長会の主張は、医療保険については一本化すべきだというものです。健保と国保を一緒にし、保険者も1本にしようということです。保険者が1本にして国でやれというわけですから、それはあんまりではないかという感じかもしれませんが、そういう主張です。介護保険の65歳以上の人は、給付も負担も一元化されています。

2) 2006年改革後

2006年改革を実現した後と前で違うのは、75歳以上の後期高齢者医療と74歳以下のところで、全く別制度になったということです。特に、後期高齢者医療では国保と健保の別がなくなったことが重要です。前期高齢者医療の65～74歳のところは、健保と国保の負担の調整をしますが、制度としては74歳までは二元化されたままに残っている。75歳以上は一元化され、47の広域連合が保険者となるということで、一元化された複数保険者の制度になります。

後期高齢者医療の75歳以上の人は、給付費の1割を保険料として払うわけです。今までずっとサラリーマンの専業主婦で、自分の名前で保険料を払ったことのない、被扶養者だった74歳のおばあちゃんが、75歳になったとたん、急に自分の名前で保険料を払う一人前の被保険者として扱われる。‘時すでに遅し’という感じもしますが、75歳以上の人はすべて年金からの天引きで保険料を支払うことになります。

それはともかく、後期高齢者医療では、後期高齢者の保険料あるいは公費負担だけでは必要な費用を全部賄えないので、74歳までの人も含めた現役世代に支援金という名前で財政支援を求めよることになっています。この不思議なところは、保険者は、法律上の義務でするので支払いを拒否はできないでしょうが、支払う根拠が非常に不明確だということです。今までの制度は、別居しているけれども籍が残っているから払えということです。今度は別居もして籍も抜いたにもかかわらず払えというわけです。これでは、支払うという理屈が弱い。法律は、書いてしまえば何でも通ると言う人がいますが、ますます理屈が弱く

なっているという感じがします。

後期高齢者医療制度は、1割は75歳以上の人から保険料を集めますが、全国平均で月額6,000円だそうです。介護保険の全国平均は4,000円です。そうすると75歳以上の方は合わせて1万円になります。それを基礎年金6万7,000円から天引きするということです。介護保険も後期高齢者医療も保険料を上げて行くことが難しいというほかありません。実は、介護保険や後期高齢者医療の一番の弱点は保険料を上げにくいということなのです。なぜかという、厚生年金を20万～30万もらっている人の1万円と老齢基礎年金を6万円しかもらっていない人の1万円では負担感も違うはずですが、両方とも基礎年金から天引きしますので、どうしても基礎年金額との対比で保険料水準の高低が議論されがちだからです。少なくとも政治的には基礎年金の額が保険料の天井になってしまいます。いや、6万円だけで生活しているわけではない、仕事もあるし、財産もあるし、アパートも持っているという人もいますが、政治的には、6万円だけの年金しかない人から、どれだけ保険料を納めていただけるのかという話になって、その上げは非常に厳しいものと受け止められます。

後期高齢者医療制度は介護保険に乗っかって、さらに6,000円を集めるということです。かなり厳しい。その悪影響が介護保険にも出なければいいのですが、共倒れしないように頑張らなければいけません。そういうことで、保険料を上げにくいということは、必然的に75歳以上の高齢者の人たちの医療費を相当に抑えていかなければいけないことになります。

また、別居して、かつ、籍も抜いているに



もかわらず、支援金を払えといわれる健保・国保の不満はいずれ高まってくるでしょう。完全に離婚して縁を切ったにもかかわらず、離婚しなければ養っていたであろうから、その費用を払えというのですから、—こんな理屈が続くわけがないと思うのですが—、だんだん現役世代の不満が強くなっていくでしょう。そうすると高齢者の保険料も上げられない、現役世代も出したがらない、ですから、老人医療の姥捨山というような非常に危うい制度になりかねません。

そのうえで、この後期高齢者医療は都道府県ごとの市町村広域連合が保険者となる形で一元化されています。また、政管健保は社会保険庁が解体されて、全国健康保険協会という名前の公法人がやることになりました。今までは政管健保（政府管掌健康保険）と言っていましたが、これからは協会健保という名前になります。協会健保は、保険者は1本なのですが、都道府県ごとに保険料を決めることになっています。ですから、医療費の安い長野県は下がります。医療費が高い北海道は上がります。医療費はそう高くも安くもないけれど、高収入の人が多い東京都は下がるという構造に変わってくるわけです。

それから、国保は今回の改革で30万以上のレセプトという、それほど高くない水準で、一つの県の中で財政をプールすることになりました。ですから、大阪府の中で市町村ごとにあった国保の保険料のばらつきは、非常に縮まってきます。そうすると、政府の方針として明確に出ているわけではありませんが、後期高齢者医療は各都道府県の市町村の広域連合が保険者になりましたから、普通に考えたら、おそらく次の段階では、国保も都道府県単位の市町村広域連合になると考えられます。

国保の保険者を都道府県が引き受けることは絶対にないでしょうが、広域連合という格好で都道府県とは離して、しかし、市町村も完全に足を抜かないということであれば、おそらく実現するのではないのでしょうか。

そこで問題になってくるのは、大体、都道府県単位で健保も国保も高齢者もそろそろ、そうすると、都道府県単位で健保と国保を一本化あるいは一元化したらどうかという議論がおそらく出てくると思います。今回の医療改革が実現した後は、10年間ぐらい、保険者は47本か1本かは別にして、医療保険の一元化について延々と議論されるのではないかと思います。

4. 近年のわが国の社会保障改革

1) 財政再建の重圧

近年、社会保障改革をなぜやっているかという、国の財政が厳しいからというしかありません。2006年度の当初予算では、国の一般会計の79.7兆のうち社会保障の費用が21兆、地方交付税は14.6兆、公共事業は7兆2,000億です。20年前までは公共事業の方が社会保障より多かったのですが、もう今は3倍です。そうすると、やはり大きいものから抑える、出る杭は打たれるということで、社会保障を抑え、三位一体改革で交付税を抑えましょうとなるのは、財務省的な感覚からすれば、ある意味では当然です。

財務省が取る手段はシーリングというやり方です。昭和50年代後半から、毎年夏に概算要求を出すときに、前年度予算のプラス何億まで認めるという上限が設定されています。その場合、例えば、国土交通省は道路をどこまで造るかという進捗率で予算の調整ができるわけです。青森まで延ばすのを盛岡で止め

ればいいわけです。しかし、社会保障の場合は、制度的に全部決まっていますから、今までの制度のままでこれだけ伸びるといっても、それを全部は認めてくれないのです。そうすると、制度を改革して伸びを抑制しなければいけない。そこが社会保障制度のつらいところです。道路は伸縮自在で、全国道路計画で一応は決めてあっても、ちょっと予算が厳しいから今年はここまでで止まりということができます。地元は文句を言うかもしれませんが、計画として伸縮できるわけです。

ところが、医療保険や年金、介護保険の歳出については、制度上約束済みですし、実際にも請求が来れば払わなければいけないわけです。お医者さんや介護サービスの事業所から報酬の請求が来れば、債務ですから払わなければいけません。その支払額の何割が国庫負担と決まっているわけですから、伸縮自在でここで打ち切りとはできない。ということは、制度を変えて、それほど伸びないようにするしかない。この20数年間、社会保障の改革は、実はこのシーリングをくぐるために、ずっと苦労の連続でした。いろいろなやり方がありましたが、やはり制度改革をすることが中心で、その中でも医療などの改革で大きな犠牲を強いてきた面があります。そのほかにも、国費から地方負担への切り替えなど、付け回しのようなこともありました。昨年一昨年と生活保護の国庫負担割合を下げる、下げないで大騒ぎをしました。あるいは年金の国庫負担の繰り延べもやったことがあります。年金の積立金がまだたくさんあったときは、国庫負担を減らして、その分を年金の積立金から借りてくるという隠れ借金という方法です。しかし、もう、これは今更できません。

年金にしても医療にしても長期的に安定し

ていれば、国民はそれを前提にいろいろな人生設計ができて安心の材料になります。しかし、予算の都合でいろいろな制度改正を毎年のようにやる。医療などは、‘21世紀の本格的な高齢社会に備えて’という謳い文句で、何度改革をやったことか。本当は長期的な安定が求められる社会保障と単年度予算主義は、なかなか両立しづらいわけですが、そういうことを繰り返してきたのです。

そして、この2006年7月、経済財政諮問会議で決まった「骨太の方針」は、さらにこれから先の5年間も決めてしまおうということでした。その決め方は、今までの5年間で社会保障制度改革により1.6兆円削減してきたのと同じことを、これからの5年間でやりましょうということです。この1.6兆円を今まで5年間でやったから、この次の5年間も国の予算で1.1兆、残りの0.5兆を地方の予算で削減できるだろうという論理ですが、もうほとんど制度改革はやり尽くしているので、本当に厳しい数字です。今後5年間で何をやるのか、どんな国庫負担を減らせるネタがあるのかと考えてみても、ほとんど思いつきません。おそらく5年後の社会保障はかなり崩れているのではないかという危惧を持っています。

国・地方併せて1.6兆円の削減というのは、昨年一昨年と生活保護の補助率を下げるという結局で、国保の国庫負担の一部を都道府県負担で回したりしましたが、そういうことは絶対させないぞということです。つまり国の負担を都道府県に付け回しをすれば、国の負担は1.1兆円減らせるかもしれませんが、国・地方併せて1.6兆円の削減にはなりません。だから今回、総務省も考えたわけで、三度はその手は食わないぞということです。



国は1.1兆円減らしてそれを県に持ってもらうことを、今まで2度ばかりやりましたが、もう、それはできないとなれば、本当に真水で減らすことになりますから、かなり厳しい。5年で1.1兆円減らすということは、毎年、その $1/5 = 2,200$ 億円ずつ減らしていけることになるわけです。最近の社会保障改革を見れば、財政再建のこの重圧は極めて厳しいと思います。

2) 経済の長期停滞とグローバル化に伴う企業負担の抑制

経済は少し良くなっていますが、やはり引き続きグローバル化が進むといったことで、経済界は企業の公的負担を減らしたいと強く思っているでしょう。そういう観点から、経済財政諮問会議などは企業の負担、現役の負担を減らしてくれと、ずっと強く言い続けています。

2004年の年金改革で保険料固定をするということは、賃金の18.3%以上には企業負担を増やさないということですから、これは経済界にとってみれば、経済の身の丈に合った年金になったということです。さらに、政府は、女性の年金権確立のために、パート労働者にも厚生年金の適用を拡大したいと言いましたが、流通業界などの反対でできず、経済界の意向が通ってしまいました。

2005年の介護保険改革で被保険者の範囲拡大を失敗したのも、経済界の反対がいちばん大きい。それから、2006年の医療制度改革では、医療費適正化計画を作ってやっていくということですが、これも年金制度が保険料18.3%で固定された、つまり賃金がどれだけ伸びても18.3%は変わらないわけですから、その相対的な負担水準は変わりません。経済

界は、それと同じように医療費の伸びも、例えばGDPの伸び、経済の伸びの範囲内に抑えろと言ったわけです。そういう趣旨が、今回の医療制度改革の法律の中に、形を変えて取り入れられています。国と都道府県が医療費適正化計画を作る、そして、その下で例えば糖尿病やメタボリックシンドロームを減らすという目標を立てて、そのために健診をやることを保険者に義務づけるわけです。また、医療費を減らすために平均在院日数を減らす。そのため目標を立てて、長期入院のための療養病床も減らしていこうということになりました。そして、それを達成しているかどうかをチェックしていくことが、医療費適正化のプログラムとして導入されたわけです。経済界の意向を受けた形で、医療制度改革の中で医療費適正化計画が位置づけられました。

5. わが国の社会保障における介護保険の位置

介護保険制度は、高齢化が進行して要介護者が増加する一方、家族の介護力がいろいろな理由で弱体化する中で、国民の非常に強い支持を受けて成立しました。国民年金の制度を昭和36年に作ったときは、全国の市町村で大不払い運動が起きました。労働組合も大反対運動をしました。しかし、介護保険を作るときは、マスコミの世論調査では8割近い人たちが介護制度は必要だということで、強い追い風を受けたわけです。しかも、バブル崩壊後、経済が少し良くなりかけた頃に制度の企画立案が進みましたので、比較的良い状態で制度設計ができました。それと当時は「自社さ」という連立政権で、特に「社・さ」は介護保険に積極的でしたので、そういう意味で政治的にも恵まれた状況でした。

財政当局も、高齢者から保険料を徴収すること、国庫負担割合は措置制度であれば2分の1ですが、それが4分の1に減ること、また、3年ごとの計画を作ってローリングしていくので全国ベースである程度費用の見通しが立ちやすいことなどから、理解を示してくれました。さらに、地方分権の流れの中で、旧自治省も含めて3省が手を結ぶという状況の中で、市町村も関知しないわけにはいきませんでした。それから医師会など医療保険の関係者は、介護保険ができれば、医療保険に対するしわ寄せが少しは減るだろうと思いました。老健施設や訪問看護、療養病床などを引っこ抜いたので、その分、医療保険の負担が減って医療保険財政が助かるのではないかと、その分、診療報酬を上げられるのではないかと考えたわけです。また、経済界なども比較的賛成の立場でした。

私たちが制度を作らなければいけないと思った最大のねらいは、高齢化の進行や家族介護力の弱体化といった介護をめぐる状況の中で、やはり介護サービスの量を増やしたいということがいちばん大きかったと思います。そのために介護保険という新しい財源を入れて、それで下支えをされた、完全なマーケットではありませんが、それに近い市場を作って、その中で多様な主体の自由な参入を導き、サービスを増やしたいということでした。しかも、準市場におけるサービスですから、行政の下請けではない。従来の措置制度のもとでも、ヘルパー会社などが措置の委託を受けていたわけですが、それは行政の下請けです。それでは予算の制約を受けますので、そういうことなくサービス量の拡大をしたかったことがいちばん大きいわけです。しかし、スタートした後の給付費の増加と財政再建への

転換で、2005年改革では、給付抑制が前面に出てきました。

介護保険制度を創設するときには、誰かが作らなければいけないから、国が地方の人たちと一緒に作りました。厚生省の中に特別チームがあって、全国の都道府県や市や町から出向職員が15人ぐらい来て、一緒に議論しながら作るわけです。介護保険のいろいろな様式は某市に下請けに出したので、某市の職員は「介護保険はおれが作ったのだ」と言っていますが、そのようにかなりの自治体の人々が応援に来てくれて一緒に作りました。介護保険は、自治体の人たちの助けも得ながら、デザインをした制度なのです。

しかし、制度がいったん動き出したら、制度自身が生命ある木であるかのように生長していくのです。国が全部、ああしろ・こうしろと言って、できるようなものではありません。自ずと生長するところがありますので、できるだけ素直にすくすくと大きく育ててほしいというのが、介護保険を取り上げた産婆である私の思いです。

6. 介護保険の特性

～制度創設の原点から～

1) 介護リスクと医療リスクの違い

一般の病気になるリスクは、あした病気になるかもしれないということです。病気になったら人々は治療して治したいと思っています。病気になった人は、保険料を払っていますので、保険の給付を受ける。病気にならない人は掛け捨てになるわけです。そのように立場が交替しうるのが医療リスクです。今年は、病気になって保険料より多額の医療給付を受けたが、来年は病気にならない。今年、病気にならなかった人は、来年大きな病気を



して給付を受けるかもしれない。つまり保険料を払う一方か、サービスを受ける立場になるかは交替可能性があるから、保険が成り立つわけです。保険料を払うにも、納得しやすいわけです。実際に被保険者のうち7～8割は1年間に1回は医者にかかっています。もちろん、若くて元気な人、スポーツ選手のような人はかからないかもしれませんが、多くの人は保険料を払う一方ではなく、年に1回くらいは医者にかかる。たまたま今年からなくても来年は病気になるかもしれないから、保険料を払おうということになります。

ところが、介護というのは少しそこが違います。いったん要介護者になれば、介護予防で頑張っても、なかなか自立まで戻ることはない。ということは、いったん要介護者という介護保険の対象になってしまったら、それはずっと死ぬまで続くのです。たまたま要介護状態にならない人は、ずっと掛け捨てになるわけです。つまり、交替可能性に差があるところが、医療保険と介護保険のリスクの違いです。このリスクの違いを忘れないようにしておかないと、介護保険があるのは当然という前提で考えていると間違えることになります。

だからといって介護保険を保険にしたのを失敗だったと言っているわけではありません。例えば不治の病、先天性の病気の人たちは要介護者と同じで、治癒する可能性は薄く、一方的にもらうばかりですが、そういう人もやはり医療保険から排除できない以上は、介護保険も払う人ともらう人に分かれてしまうからといって、介護保険が制度化できないわけではない。しかし、介護保険の費用全部を保険料で賄うとしたら、もらう人とももらわない人の金額のギャップがかなり大きくなってき

て、介護保険に入りたくないという人が増えるかもしれません。ですから、2分の1は公費を入れ、31%は現役の支援が行くという形にしてあるわけです。19%は高齢者の保険料ですが、それ以外の部分はみんなが支えることにしてあります。そういう形にして、払う一方の人ともらう一方の人が明確に分かれてしまう介護リスクの、保険としての弱さを補完しているというか、底支えしているのです。医療保険の場合は、それがなくてもある程度できることがあります。

また、そういう観点から保険料も比較的フラットにしています。初めは20歳から皆が完全一律500円の保険料というイメージで考えられていました。しかし、今は、40歳からにして保険料水準も上がったので、ある程度の段階をつけようということになりました。しかし、国保や年金のように急カーブの保険料ではないわけです。給付をもらう人、もらわない人が明確に分かれますから、あまり極端な差をつけると不満が大きくなるわけです。今の保険料が平均の4000円として、第5段階の保険料が1.5倍どころではなく、仮に5倍の保険料となったら、たまたま所得があって元気なお年寄りにとってみれば、掛け捨てになるのにそんなに払えるかということで、不満が強くなるでしょう。ですから、フラットに近い定額になっています。それはやはり介護リスクの特性から来ているのです。

要介護認定率は、当初12～13%かと思っていたのが、今は17%近くになっています。給付対象を少数に限定したまま保険料が上がっていくと、保険料を払う一方の人の不満が増大して、保険の基盤が危うくなります。これを忘れてはいけません。今後の介護保険について、重度者にシフトしていくのだという人

がいるらしいですが、それはちょっと考えが浅いのです。どちらかというと、広く薄くの方がよい。つまり、今17%の人が要介護者で給付の対象、83%の人は払う一方というのを、ギュッと絞っていき、5～6%の人だけもらい、残り95%の人は払う一方となったら、この不満が強くなります。ですから、ある程度それぞれのサービスを薄くするのはいいのですが、介護保険の恩恵にあずかる人をあまり少なくしすぎると、根っこがおかしくなってしまう。介護保険にはそういうリスクの特性があるということです。

介護保険制度を作るときに、要介護認定をしますと自民党で説明したことがあります。そうしたら、要介護認定ですから身体が弱っているという自覚があって行くのに、それで却下された、自立と認定されると不満を持つのではないかという議論が出ました。そういう人には介護相談が1回できる500円ぐらいのテレホンカードを配ったらどうかと、ある国会議員に言われたことがあります。それはともかく、要介護かなと思ったけれどもダメだった人は、保険料を払う一方になって介護保険のメリットは何もないことでいいのかというのは、政治家としてはなかなか鋭い直感で、的を射ている部分があると思います。

ですから、財政が厳しくなってきた場合、ターゲットを絞るというやり方と、あまりターゲットを絞らないで、全体を薄くするやり方と両方がありますが、介護保険の場合はターゲットを絞るより、全体を薄くする方が、まだ皆の理解が得やすいと思います。ただ、これは相当きちんとマスコミなどの理解を得なければいけません。

2) 介護ニーズを客観的に把握することの難しさ

これも要介護認定の話ですが、心身の状況は介護ニーズとは厳密には対応せず、そこから介護ニーズを一義的に導き出すことは困難です。お医者さんのように全部判断できる人もいないので、タイムスタディをして、介護の手間をかける度合いから介護のニーズを測定するという、逆転した帰納的な方法で認定することにしたのが、要介護認定基準です。

要介護認定の区分は、介護サービスの量、つまり在宅の支給限度額を導くための順番を決めるものにすぎません。要介護認定基準のデータには在宅のデータが入っていないと言う人がよくいますので、平成14年ころでしたか、在宅のタイムスタディもやってみたことがあります。認知症の家族の会に、30分間隔の、ちょっと刻みは粗いですが、介護の時間調べをしてもらいました。そうすると、施設のタイムスタディの順番と在宅のタイムスタディの順番が、一部でも逆転するとまずいわけですが、順番の逆転はありませんでした。施設と在宅の要介護5が逆転して、在宅の場合は要介護4のほうが上だったということではまずいわけですが、それはなかったもので、ほっとしました。要介護認定基準は絶対的な要介護度ではなく、介護サービスの必要性について相対的な順番を決めているだけなのです。限度額は、全く別の観点から、その順番に沿ってモデルケースによる介護報酬計算を当てはめているにすぎません。そういうことで、要介護認定基準の考え方は、介護の手間から逆算していることをぜひ忘れないようにしていただきたいのです。

今、少し後悔しているのですが、「要介護度が重い」という言い方はちょっと誤解を招



いたなと思っています。「要介護度が高い」と言うべきで、心身の状況が重い軽いというのは違う。要介護認定制度も、初めはあれほど苦労して作りましたが、すっかり定着して、今では皆さんが普通に「大体要介護度3よね」と言われるようになりました。それはありがたいことですが、実は身体状況から要介護度が決まるということでないわけです。そういう人に、どれぐらい時間をかけて実際のサービスを提供しているかが、要介護度の目安なのです。ですから、実際の現場でいろいろとケアの技術が変わってきて、例えば、見守りの時間をしっかり取るようになったという、認知症の人の要介護度が高くなるというわけです。

ですから、タイムスタディを、3-5年に1回でもきちんとやって、ケアの技術が進歩して変わっていくことを基準に反映させていくことが必要です。ある状態の人に昔は10分しか時間をかけていなかったが、新しいケアの考え方で30分かけるようになったら、同じ状態でも、昔は要介護度2だった人が要介護度4になるかもしれない。つまり、要介護認定は現場中心主義ということなのです。だから、現場の人にはもっと自信を持ってもらって、要介護認定基準のベースは自分たちが作っていて、自分たちの行っているサービスをフォローしているのが要介護認定規準だと思ってもらいたいのです。しかし、今やや定着しすぎて、身体状況を見ただけで「要介護3よね」などと皆さんに言われているので、定着しているのはいいのですが、本当はあまり固定的に考えない方がいいと思っています。

3) 介護ニーズの包括性と限定された介護保険給付

介護ニーズは生活全般にかかわります。しかし、介護保険で対応しているニーズは全部ではありません。制度立案時、社民党との間で最も問題となったのが配食サービスの扱いでした。配食サービスは重要ですが、地域の介護サービスを全部入れたらキリがないということでやめました。しかし、配食サービスを地域でやっているところは、随分役に立っており、必要なサービスである可能性が大きいわけですね。したがって、介護保険はすべてのメニューがそろっているわけではなく、もちろん程度も完全にカバーしているわけではありません。ですから、介護保険は‘部分保険’なのです。

ドイツの介護保険は部分保険だとちゃんと言っていますが、実は日本の介護保険も部分保険です。医療保険は、建前は部分保険ではありません。盲腸の手術が必要であれば、途中でやめるわけにはいかず、完結しなければダメだからです。介護サービスのニーズはどれだけあるかも測りにくいし、それを全部カバーすることも介護保険ではしていません。では、必要な介護ニーズにはどう対応すればいいかというと、それは、介護保険のサービスの上に、自治体や地域住民の助け合いも含めて積み重ねて、何とか全体近くをカバーするしかないと思います。そこから、介護保険はまちづくりであるという新しいテーマが出てくるわけです。

介護保険でできるのは介護ニーズの50%で、プラス25%は自治体のいろいろな独自の取り組みです。最後の25%は住民自身、ボランティア、隣同士の助け合いの積み重ねで、地域の介護ニーズに対応するのだと思います。

4) 介護サービスの内容とファイナンスの制度

介護保険は基本的にはファイナンスの制度です。介護の費用を、皆が集めた保険料で賄うわけです。ですから、提供されたサービスの費用を保障するというのですが、サービスそのものを提供するわけではないので、そこに乖離があります。サービス提供の制度ではありませんので、実際に市場で提供されるであろう介護サービスを幾つか定型化して、その費用を支払う形になっています。ですから、法律の制度や介護報酬・基準を動かして、サービスをそのとおりにコントロールするのは無理な面があるのです。今回の改正は制度を動かせば現場が動くという思い込みが強すぎるように思います。その結果、介護報酬がだんだん複雑になってきているのは問題です。報酬をこうすればケアマネージャーはこう動くであろうというほど、現実には単純ではありません。残念ながら、ファイナンスの制度を動かせば現場がそのとおり動くというように、コントロールができるものではない。ケアの質が大事だからコントロールしなければいけないということで、やや制度が複雑になりすぎた感じを持っています。

5) 選択できるサービスとサービスの地域性

だんだん今回の改革の中身に関係してきます。介護保険の理念の1つとして「利用者本位」をずっと掲げていますが、この本質は、やはり利用者がサービスや事業者を自由に選択できる「選択の自由」にあると思います。選択の有無とは関係なく利用者のことをおもんばかりで一生懸命サービスを提供しなさいということではなくて、利用者が選べることに本質があるのだと私は思います。サービス

の質も競争と選択で確保することが基本です。今回の改正の結果、地域密着型サービスや地域包括支援センターが市町村の区域ごとにさらに細分化されて、利用者の選択の余地がなくなってしまうところがあるのではないのでしょうか。居住している地域によって、利用できるサービスや事業者が特定されてしまう。果たして、それでいいのかということです。

自分が住んでいる地域を管轄する地域包括支援センターの介護予防ケアプラン、あるいは地域密着型サービスだけしか使えないのか。隣の地域にとってもいいグループホームがあって、ぜひそこに行きたい、車で行けなくはないというときに、それが否定されてしまうことは、利用者本位の本質を揺るがせるものではないかと思います。

6) 在宅重視の理想と現実

介護保険が実現したものがいくつかありますが、まず、介護家族の施設入所への期待感を開放しました。それまでは施設になかなか入れないだろう、あるいは所得が低い人が中心だと受け止められていた面があると思いますが、利用者の選択の自由ということで、中産階級の人たちを中心に、自分たちも在宅も施設も選べるのだと、施設に入ることを選んでもいいのだと期待感を抱かせた。その蓋を開けてしまったという面もあったということです。ですから、相変わらず特養などの待機者が減らない状況が続いているのだと思います。

実際、家族介護が限界に達した場合の施設入所ニーズはなかなか否定しがたいものがあると思いますが、他方、都道府県の支援計画で特定施設や有料老人ホームまで抑制したり、



市町村の方でもグループホームも新設を規制したりすることになると、保険料を払っても施設に入れないではないか、先に施設に入れた人だけがずっと得をしているではないかという不満が高まってきます。病院のように出たり入ったりするのではなくて、一回入ったら特養のようにずっと入りっぱなしとなり、一方ではずっと保険料を払うだけで施設に入れない人がいるとなると、在宅サービスを使う人もいるでしょうけれど、入れる人と入れない人の差が随分と大きくなってきます。介護リスクの特性から、そのあたりの問題が次第に大きくなってくのではないかと思います。

今後、施設については、要介護者本人・高齢者本人が入りたいかどうかというのが基本になっていくのだらうと思います。今は家族が入りたいということですから、そのままで施設をどんどん増やしたら、確かにちょっとまずい面が出てくるかもしれません。しかし、本当に高齢者本人が自ら希望し、きちんと選んで入ることが次第に増えてくれば、それまで抑制することは適当でなかろうと思います。

施設の集中に対して、介護保険財政への影響を抑えたいのであれば、例えば報酬を見直す。あるいは施設の報酬を、在宅の限度額の範囲に決めてしまう。今は施設の報酬は独自の報酬体系になっていますが、そうではなくて、在宅で同じ要介護5なのだから35万円にしてしまうのも悪くはないと思います。場合によれば、施設の方がより安上がりだということであれば、もっと安くしてもいいかもしれません。そのうえで、施設の規制をやめた方がいいと私は思っています。施設を増やす、規制をやめた方がいいという意見に賛成する

人はしばらくは出てこないかもしれませんが。

7) 給付と負担の対応関係

介護保険の一番いいところは、市町村単位で給付と負担の関係を、住民の参加も得ながら判断できることです。ですから、国保の計算とは違って、給付費用の計算ができれば、そこから逆算して単純計算で保険料の計算ができるようになっていきます。それが介護保険のいちばんのメリットだと思います。ただ、それがきちんと生きているかどうかというあたりが、だんだん心配になってきました。シンプルな計算方法が次第に複雑になってきて、給付費の見込みが簡単に出せなくなると、介護保険のメリットが死んでしまうことになると思います。

8) 地方分権と介護保険

介護保険は市町村の自治事務ですが、法的な自治事務か団体事務かということより、給付と負担の関係が市町村単位で明確で、その判断が市町村にゆだねられていることが一番分権的なところだと思います。自治事務ですから、法令上規定がないところは、市町村の自由にできるわけです。介護保険がスタートしたときは、あまり決まっていなかったもので、どうしたらいいのだらうと、市町村の皆さん方は自分で考えて、いろんな取組みをされました。その中にはとても面白い試みもありました。制度は国が中心になって作りましたが、制度をこれから変えていくときには、やはりもっと市町村が主導的な役割を果たすべきだと思います。そういう意味で、今回の改正は国主導が強すぎたのではないのでしょうか。

自治体の人は、国に「細かいことまで決め

てくれるな。余計なことまで決めるな」と言うべきなのです。「これはどうでしょうか」とQ & Aをすべきではないと思うのです。もちろん、国の方もやや強引だったので、自治体がダメだったわけではないのですが、本当は今回の改正はもっと自治体主導でやってほしかったと思います。

市町村長や介護保険の担当者は、やはりお金は大事だから、赤字になったらどうしようか、お金がなくなったらどうしようと思ってしまいます。そうすると、利用者のことは脇においてでも、保険料が上がらないように、赤字にならないように、給付を抑えなければということに関心が集中しすぎるきらいがあります。現に、介護保険施設や特定施設・グループホームも含めて、サービス量を抑えよう、抑えようという方向に行きすぎているきらいがあるのではないのでしょうか。介護保険の当事者は被保険者であり受給者です。市町村も当事者ですが、それは被保険者の代表者、住民の代表選手としての保険者だろうと思います。そこを忘れて、市町村の首長や担当職員が独自に当事者という意識を持ちだすと、関心は財政収支に集中してしまいます。それは注意しなければいけないことです。

ですから、例えば事業計画委員会の委員に、住民・被保険者に入ってもらうときには、本人なり家族がサービスを利用している被保険者と、それは利用しないで被保険者として保険料だけを払っている人と、半分ずつにするといった格好で、できるだけ利用者と負担者の意向が公平に反映させられる委員構成も含めて、バランスを考えていく必要があると思います。地方自治には、住民自治と団体自治の二つの大きな概念があります。介護保険の地方自治、地方分権は住民自治なのです。団

体自治になってしまうと、いかに財政収支をよくするかに引っ張り込まれることがあります。

9) 介護保険における市町村の役割

要介護認定をする、保険料の賦課徴収をする、給付の支払いをすることは、確かに保険者の事務です。しかし、私も反省を込めて思っていますが、介護保険をスタートさせて、市町村の皆さん方は、ケアマネージャーに全部丸投げという面がなきにしもあらずではないでしょうか。しかし、保険者あるいは市町村として、被保険者を守る役割は残っているはずです。介護保険制度上も市町村の被保険者に対する後見的な役割を再構築する必要があります。もちろん、基本的にはケアマネージャーや民間のいろいろな資源を活用する、しかし、時々は助言をしたり、監督したり指導したりする、あるいはいろいろと相談に乗ってあげるという、後見的な役割を市町村も担う。第一線に全部出ろと言っているわけではありませんが、丸投げでケアマネ任せではいけないはずです。

今回の地域包括支援センターは、どうとらえていいか非常に分かりにくいということで悩んでおられると思います。私もよく分かりません。地域包括支援センターのガイドラインを作るというので、津市の人頼まれて、津市のガイドライン策定委員会の委員長をこの前までやったのですが、ずっと説明を聞いていても、地域包括支援センターとは何かということがよく分かりませんでした。地域包括支援センターには3つあるいは4つの柱があると言いますが、それを1つの中心的な観念に括るものがないのです。

そこで、保険者が果たすべき被保険者への後見的な役割を担うのが地域包括支援セン



ターだと考えたら、何とか括れるのではないかと私は言っているわけです。例えば被保険者や利用者からいろいろな相談や苦情がある。あそこのケアマネはけしからんとか、ヘルパーが嫌だとか、施設はひどいとか、いろいろなことを言ってくる。それを保険者として苦情を受ける、相談を受けるのが保険者の後見的な機能で、当然やらなければいけない機能です。それから、民間のケアマネージャーが非常に困難な事例で困っているときに、いろいろとアドバイスをする。あるいは民間のケアマネージャーが、経営者や利用家族から無理難題を言われているときに、市町村の主任ケアマネージャーが市町村をバックにして指導・助言するということで、民間のケアマネージャーは助かる部分が出てくるはずですよ。そういう形で民間のケアマネージャーに対する後見的な機能を、主任ケアマネージャーは果たします。

介護予防プランについても、本当は、保健師の役割は後見的機能でいいのではないかと思います。制度上は、地域包括支援センターの保健師が全部作ることにしていますが、全件を民間のケアマネージャーに委託したうえで、保健師は、民間のケアマネージャーが作ったケアプランをチェックする、あるいはアドバイスするという役割、主任ケアマネージャーとほとんど同じ役割に徹した方がいいのではないかと思います。すると、保健師と社会福祉士と主任ケアマネージャーという地域包括支援センターを構成する3職種が、それぞれの仕事を後見的な立場で行うという座標軸が見えてくるのではないのでしょうか。そのときにこそ、市町村が地域包括支援センターを設置をする意味が出てくるのだらうと思います。お年寄りには、大部分は要支

援から要介護になりますから、介護予防ケアプランも委託することにより、そのケアマネージャーが要支援段階から要介護段階を通じて本当に継続的なケアマネジメントをすることができるようになります。要支援から要介護になったので保健師からケアマネージャーにバトンタッチということをしなくても、ケアマネージャーは一貫してケアプランを作成できるわけです。スーパーバイザーやアドバイザーが、予防段階は保健師、要介護段階は主任ケアマネージャーであるということでもいいのではないかと思います。

ところが、この前「月刊ケアマネジメント」に、保健師の方が介護予防プランを作った「こんなに面白いのか」と思い、ケアマネージャーの人が「私たちの仕事を保健師の人が理解してくれてうれしい」と書いてあったのですが、ケアマネージャーをやりたい保健師さんは、ケアマネージャーになればいいのです。市町村の地域包括支援センターの保健師は、個別ケースのケアプランを作るのも面白いかもしれませんが、やはり市町村の保健師である以上は、アドバイザーやスーパーバイザーの役目を果たすのが、本来の役割ではないかと思います。それが、地方自治体と民間の役割分担でもありましょうし、自治体の専門職の役割でもあると思います。

地域包括支援センターが実際どうなっているかということもありますが、私は保険者の後見的な機能と考えれば、センターの本質を説明できなくはないと思います。そう考えれば、本当は地域包括支援センターという名前の機関がなくてもいいのです。大事なことは、後見的な業務ができることをきちんと位置づけることと、それが地域の中でできるようにネットワークを作ることが、本質的なことだ

ろうと思います。

10) 1号保険料の負担の限界

1号保険料は現在は6万7,000円の老齢基礎年金からの天引きですが、20万円の厚生年金受給者も6万7,000円の基礎年金のみ受給者も一律に扱うことは、将来のことを考えると制度の隘路になるおそれがあります。保険料を4,000円から6,000円、8,000円と上げていくことが出来ないとすれば、介護保険の「熱気球の法則」というのですが、熱気球が落ちないようにするには砂袋を落として、身軽にしなければいけないことになるわけです。しかし、それでも限界が来るとすれば、将来的には国民年金しかもらっていない人には、少し重点的な国庫負担をすることを検討しないといけないかなと考えています。こんなことは誰も言っていないが、将来、介護保険を存続させる、受給者も増えていく、サービスをどんどん削っていくことは出来ないとすれば、厚生年金を20万円～30万円もらっている人には、1万5,000円出してもらってもいいと思います。払えるはずですから。6万7,000円のみの人には国庫負担を重点的に投入することも、本当は考えていいのではないかな。国民健康保険のやっていることをやれというだけの話です。国民健康保険は半分は公費負担が入っているわけですから、そういうことも含めて考えたらどうかということです。

11) 被保険者範囲の拡大

現在は2号被保険者を40歳以上にして老化に伴う特定疾病に限定していますが、初めは被保険者は20歳以上で、64歳までの人は給付なしという案でした。そうしたら、それはひどいではないか、保険料を払っておいて給付

なしというのは保険ではないという議論が、主として労働組合の「連合」から出てきました。それと20歳以上ではちょっと若すぎるのではないかという議論が主として自民党から出てきました。これを合わせて、20歳ではなくて40歳、大体自分の親が要介護になる危険水位に達する40歳からということになりました。しかし、それは親のことであって、40歳の被保険者自身のことではありません。そこで、40歳くらいから老化が始まる、老化の兆しが表れるということに着目し、老化の兆しの表れである特定疾病という限定をつけることにしたわけです。

特定疾病に限定をするということに関連して、障害者を全部介護保険の対象に入れるかどうかという問題もありました。障害の当事者団体が「まだ介護保険が海のものとも山のものともよく分からない。障害者プランを見てからでいいではないか」ということで、様子見の状態、障害者すべてを対象には出来なかったのです。それから、障害者をすべて対象にするとしても、障害福祉の制度があまりにも複雑で十分こなしきれなかったので、妥協の産物としてこういう格好になったという側面もあります。

ただ、1号保険料は全額被保険者負担であるのに対し、2号保険料は2分の1の事業主なり国庫負担があります。これに対し、65歳以上の高齢者は、64歳以下は半分国庫負担などが入っていて事実上2,000円で済んでいるのに、自分たちは4,000円ではないかと不満を言うわけです。老人クラブに説明に行くと、そんな疑問が出されます。それに対しては、2号の人は特定疾病の限定があり、全部は受けられないのだという説明になっています。だから、一応何となく説明はついているので



すが、これを広げて、40歳を20歳に下げることになりますと特定疾病の理屈はなくなり、原因を問わずに給付するということとなります。それはそれでいいのですが、今度は、65歳以上の人は4,000円ではないか、64歳以下の人は国庫負担や事業主負担で2,000円ではないかという疑問に対する説明がつかなくなる。説明を変えなくてはしょうがないのですが、これが苦しいところです。

社会保険制度において事故発生率に応じて保険料に差をつけるというのは、保険の原理からいくと適当ではないのですが、しょうがないから65歳、40歳、20歳の3層ぐらいに分けて、要介護発生率が違うという説明でもするしかないかなと思っています。40歳になれば老齢に伴う病気が増えてくるのだから、20歳の人よりは要介護になる確率が高い。65歳以上になるともっと高い。そこで例えば、1、2分の1、4分の1というウエイトづけをするようなことを考えるわけです。そういうことをしてでも、被保険者範囲の拡大はやるべきだろうと思います。

障害者の皆さんも保険料を払っています。しかも、障害者以外の人たちと比べれば要介護になる率はずっと高いわけですから、確かに2分の1は事業主負担や国庫負担があるにしても、保険料を払っているのだから、限定なしにサービスを受けられるようにすべしという声が、普通は出てくるのではないかと思います。そういうことをベースにして、被保険者範囲の拡大をやらなくてはいけないと思います。

障害者自立支援法との関係ですが、介護保険は全部の介護ニーズをカバーするものではありません。にもかかわらず、障害者の制度と介護保険制度を「統合」という、非常

に紛らわしい言い方をするので、皆が反対するわけです。「統合」にも2つあります。拡大統合論というのがその1つです。今まで要介護5まであったが、要介護5では障害者は収まらないから、例えば介護保険で要介護8か10まで作る。つまり介護保険を拡大しようということです。しかし、かりに軽度で35万円～36万円、重度が70万円などにしたら、おそらく市町村長は大反対すると思います。重度の認知症で寝たきりの人は、要介護10ができればやはり10になってしまうでしょう。障害者だからというのと、年寄りでたまたま脳卒中と認知症が出たからというのは、区別できません。障害者だから要介護10がある、重度の認知症で寝たきりだけけれども、その人は年寄りだから要介護5止まりだなどとはできないでしょう。そうすると皆が70万円になってしまって、保険料はきっと1万円を超してしまいます。これでは、市町村長の皆さんが絶対反対するに決まっています。これが拡大統合論です。

縮小統合論もないわけではありません。障害者の制度を、ぎゅっと介護保険の要介護5までに押し込んでしまう。そうすれば確かに統合にはなりますが、今まで介護保険以上の給付を受けていた人も介護保険並みに切られてしまうというのでは、障害者の皆さんが反対するのは当たり前です。ですから、縮小統合論には障害者の皆さんが反対し、拡大統合論については自治体や国が反対することになります。到底、現実的ではありません。

そもそも「統合」という考え方が間違っているのです。マスコミの人が「統合する」という安易な言葉を使うから、誤解を招いたのです。これは当たり前のことで、2つの制度は趣旨が違うのだから、並存するのは当たり

前なのです。

実際には、年齢を20歳まででも0歳まででも下げて、障害者のいろいろなニーズの中の、介護ニーズの部分は介護保険でやって、足りない部分は障害者の制度で上乗せという形でやるだけのことなのです。それを介護保険に統合するとか、要介護10に拡大してとかいろいろ言うので、みんなお互いに疑心暗鬼になってしまったところがあります。

私は、介護保険はそういう意味で年齢を下げて、障害者の中で介護保険の条件に当てはまる人、すなわち要介護認定される人は、介護保険を受けられるようにすべきだと思います。障害者のサービスは、税金だけを財源とする限りでは広がっていきません。障害者サービスの費用はすべて税金でやっているわけですが、介護保険には2分の1は保険料が入っていますが、障害者の費用を一部保険料に置き換えることができれば、この部分の税金を、障害者のほかの施策に回すことができるわけです。あるいは介護保険のサービス基盤は高齢者ということで、かなり全国的に充実しましたが、今の障害者のサービスは地域的に非常にばらついているので、介護保険の行き渡ったサービス基盤でカバーできる。障害者の皆さんも、サービスがきちんと保障されて、足りない分はちゃんと障害者制度が残ってカバーされるのであれば、反対される理屈はないだろうと思います。

私は、障害者の皆さんも自治体の皆さんも、きちんと両制度並存の考え方について理解すれば、介護保険の被保険者拡大は可能だと思います。経済界が反対しても、市町村が一致し、障害者団体もみんな一致すれば突破できると思いますが、当事者である市町村の人と障害者の皆さんがお互いに反対だと言ってい

るうちは、どう考えても実現できません。しかし、障害者サービスのベースを増やしていくことからしても、やはりこれは必要だろうと思います。障害者の皆さんは大体、国保か健保かの医療保険に入っています。‘がん’になったら府立成人病センターにも行くわけで、一般の人と同じような条件で医療サービスが受けられます。しかし、それで足りない部分は、更生医療（自立支援医療）が上乗せであるわけです。それと同じことで、介護保険との並存・重複関係を前提に考えれば、別に解決できない問題ではないと思います。

ただ、今回の障害者自立支援法は介護保険に近寄りすぎています。定率負担とか、障害程度区分の認定の仕方とか、あまり近寄りすぎると、両制度の並存ができなくなります。違うから並存するので、似通っていたら統合しろということになってしまいます。障害者の皆さんの1割の定率負担も、介護保険に入るための布石ということのようですが、似たようなものにしなければいけないという観念が強すぎるのではないかと思います。その結果、両制度の並存がしづらくなるきらいが、なきにしもあらずです。

別に並存型であれば、定率負担にする必要はなかったのです。私は、全くのタダはよくないと思っていますから、障害者の皆さんも3～5%でも、最低でもいいから払ってもらおう。そのうえの応能負担で、所得のある人にはもっと払ってもらってもいいと思います。完全に定率にしくなくてもこういう格好であれば、今までもそうなのだから、介護保険の1割負担と障害者の応能負担を足すだけで、全然おかしくないのです。基本的には、並存型で重ね合わせて年齢拡大をした方がいいということです。



介護保険制度と社会保障制度 参加者によるレポート

第1班 テーマ「介護予防の効率的・効果的な実施」

(執筆担当者名簿)

氏 名	市町村名	担 当 部 局
脇 阪 万 貴	富 田 林 市	保健福祉部高齢介護課
藤 原 淑 子	摂 津 市	保健福祉部介護保険課
竹 本 和 倫	吹 田 市	福祉保健部高齢福祉推進室介護保険課
大 宅 智 代	茨 木 市	健康福祉部介護保険課
新 田 一 枝	大阪狭山市	保健福祉部高齢介護グループ
岸 田 サカエ	大 東 市	福祉保健部リハビリテーション課



(発表会より)



介護予防の効率的・効果的な実施



1. はじめに

わが国の高齢化率は、20%を超え、21世紀半ばには、国民の3人に1人が65歳以上、日本の平均寿命は、男性78.6歳、女性85.6歳で世界有数の長寿国となり、「超高齢社会」の到来が予測され、いかにして心身ともに健康で充実した生活を営めるかが、ますます重要とされている。

国では、「健康な65歳」から「活動的な85歳」へ生活習慣病対策に加え、健康日本21でも提唱されている「自分の健康は自分で守る」といった視点も含めた老人保健事業の見直しが議論されている。

今後の高齢社会を考える際には、団塊の世代が65歳に到達する2015年（平成27年）を念頭に置く必要があり、誰もがその個性に応じて、主体的に生活をおくることができる「明るく活力ある高齢社会」を築いていくためには、要支援・要介護者や認知症高齢者、ひとり暮らし高齢者など支援を必要とする人々への対応はもとより、元気高齢者に対する生きがいづくり、就業機会の確保等、すべての高齢者を社会全体で支える体制を構築する必要がある。

また、2000年（平成12年）にスタートした介護保険制度は、制度施行後6年が経過している今、社会や地域に浸透している一方で、持続可能な介護保険制度を構築する観点から制度の抜本的な見直しが図られるなど、高齢者保健福祉行政を取り巻く状況は大きな転換期を迎えている。

こうした中、2005年（平成17年）に介護保険法の一部が改正され、予防を重視したシステムへの転換を目的として、地域包括支援センターを中心とした地域支援事業や新予防給付の創設が行われ、平成18年4月から各市町村において介護予防事業がスタートした。

しかしながら府内の市町村では、介護予防事業を実施する以前の特定高齢者の把握・選定の段階で苦慮している状態であり、介護予防事業が円滑に進んでいるとはいえない状況と考えられる。

そこで本研究では、介護予防事業がスムーズに実施されている先進市の事例を参考にしながら、大阪府内の各市町村の実情を踏まえ、介護予防事業の効率的な実施について考察する。

2. 介護予防の取り組み

(1) 東京都稲城市

稲城市は、東京都心に近い近郊都市として発展してきたまちで、住宅供給に伴う若年層の流入により、急激に人口が増加。国や東京都と比較して比較的高齢化率は低いものの、今後急速に進行することが予想されているため、介護保険制度が始まる前から、高齢者への事業が理念をもって構築されていた。

また、介護保険制度開始時より、高齢者施策全体からみた介護保険制度を考えていた。

こうした地域特性のもとで、「緑につつまれ 友愛に満ちた市民のまち 稲城 ～人と自然のハーモニー 共生のまち～」を将来像に、心と心のふれあいを大切にした自律と共生のまちづくりを進め、オンリーワンをめざした多様な取り組みを行っている。

① 介護保険サービス利用確認シート

平成15年から在宅の介護保険サービスを利用している利用状況の情報提供を行い、利用サービスの見直しの参考として、認定決定通知と一緒に送付。認定審査会で出た医師等からの意見や利用者への介護サービスのアドバイスを盛り込んでいる。

② 介護予防自主グループ発表会

虚弱高齢者～要介護1程度の高齢者を対象として、地域の介護予防拠点で転倒骨折予防教室を展開。教室終了後も自宅で継続できるよう運動メニューのポイント指導を行う。希望する場合には講師を派遣したり介護予防自主グループ発表会を設け、自主活動グループが継続できるサポートをしている。

また、元気になった高齢者が生き生きと社会参加できるよう、社会資源マップを作成し、市の福祉、生涯学習関係施設とともに、介護予防事業への参加を契機に組織された自主活動サークル、ボランティアの拠点なども掲載し、高齢者の積極的な社会参加や、生活を支援している。

③ 介護支援ボランティア特区の提案

介護保険地域支援事業に関連する介護支援ボランティア活動等を通じて、地域貢献を行うことを積極的に奨励・支援するため、介護保険料控除「（仮称）介護支援ボランティア控除」を創設。控除額は年額5千円程度で翌年度の保険料を控除。活動条件として、指定する介護保険施設、地域支援事業等において、介護支援ボランティア3ヶ月以上（週1回（2時間）として12回程度）の継続参加としている。介護支援ボランティアへの参加の都度、介護保険支援ボランティア手帳にスタンプを押印し、これをもとに社会福祉協議会が「（仮称）介護支援ボランティア証明」を交付する。

④ 質の向上に向けた取り組み

ケアプランの質の向上のため、居宅サービス計画の全件を2年かけてチェックし、ケアプラン作成の事例検討会の開催、困難ケースについては定期的な検討会を開催。事例が発生した時点で市主催の検討対策会を行い、サポートしている。

⑤ そ の 他

中学生を対象とした介護保険制度を説明した副読本を作成。若い世代からの周知努力をすることにより、高齢者への周知にも繋がると考えている。

(2) 埼玉県和光市

和光市は、約4人に1人の割合で人口が流動している。高齢化率は低いが今後、団塊の世代の急激な高齢化が進むと予想されている。

そのため、従来の高齢者福祉施策や老人保健制度だけでは、充足できないこと、介護保険制度だけではすべての高齢者保健福祉をカバーできないことなどを認識して、和光市に必要なサービスは何かを考え、地域独自の事業を展開している。

① スクリーニングシートの郵送

3年かけて、65歳以上の高齢者と一部要支援者・要介護者に「健康寿命100」というスクリーニングシートを郵送している。介護サービス未利用者に対しても、保険料の還元の事業であることを伝え7割が返送により回収されている。残りの3割については、事前に研修を行った民生委員に訪問してもらい回収している。その結果は各個人にアドバイスやコメントを入れて返送している。また市ではその調査票を分析し、誰にいつ何をすればよいのかわかるように台帳にしている。

特定高齢者の選定は国の基準に加えシートの分析より「累積相対度数評価」が60%以下の者とした。

② 食の自立支援事業

初期は個別に応じたメニューで配食サービスを提供、中期はヘルパーとともに買い物し食材を選ぶ訓練を行い、後期にはヘルパーとともに調理、最終的には自己調理を目指している。

③ ふれっしゅらいふプログラム

転倒防止のための筋力トレーニング。通所によるマシンを使用しないトレーニングや在宅でのストレッチを指導している。

④ ヘルシーフットプログラム

転倒予防には体のバランス感覚の改善が必要という観点から、フットケアを行い、青竹踏みや足の指でビー玉つかみなどのトレーニングを行う。

⑥ うえるかむ事業

地域の交流の場であり、閉じこもり予防として実施している。

⑦ ヘルス喫茶サロン

各介護予防事業を終了した人が参加する。毎回血圧や体脂肪などを測定し、状態が悪化していないか確認し、体調を崩した際は必ず連絡してもらっている。筋力低下を予防。

⑧ 人材育成

専門職には接遇・洞察力、説明・説得能力、カンファレンスコーディネート能力、制度間調整能力といった、大きく4つの能力を身に付けてもらうようなソーシャルワークトレーニングを行っている。

(3) 東京都品川区

品川区は、東京23区の南部に位置し、東京湾に接している。住宅・商店街・ものづくり・オフィス街・下町・歴史ある神社・近代的なウォーターフロントと屋形船…一見矛盾しがちな要素が混在。多機能で利便性と庶民的な魅力に富むまちである。東京駅から近く、区内に

JR・私鉄・地下鉄・モノレール10線・33駅がある。近年、新幹線品川駅開通、りんかい線の開通などによる交通アクセスの充実により、ビジネス・産業の拠点としてのポテンシャルをあげている。

① 在宅介護支援センター

品川区の在宅介護支援センターは、地域包括支援機能・在宅介護支援機能・居宅介護支援機能の3つを担っている。在宅介護支援センターは地域包括支援機能を分担するが、介護保険制度創設以前から地域に根ざした役割を担っており、区民の周知度も高いことから今後も引き続き「〇〇在宅介護支援センター」と呼称している。在宅介護支援センターの人員体制については、専任の介護予防担当者を配置しており、介護予防担当者はスクリーニング、介護予防のケアマネジメントを行うほか、介護予防システムの運用に関わっている。

地域包括支援センターの役割は3機能あるが、品川区においては、すでに在宅介護支援センターが総合的な相談窓口/権利擁護機能および包括的・継続的ケアマネジメントの支援の機能を果たしており、介護予防マネジメント機能を付加・充実させることにより、地域包括支援センターの機能を十分果たすことができるまでになっていた。設置については、既存の在宅介護支援システムを活用し、当面の間は統括在宅介護支援センター（区高齢福祉課）を地域包括支援センターと位置づけるとともに、各地区在宅介護支援センターに地域包括支援センター機能を分担させている。地域包括支援センターの機能を確立させながら、在宅介護支援センター機能と併せ、品川区の高齢者を支える仕組みを図っている。

品川区の在宅介護支援センターは、3つの看板を持ってそれぞれの事業に取り組んでいるが、地域の在宅介護支援センターで高齢者すべての相談ができることを特徴としており、元気高齢者や実態把握・介護保険の認定申請、認定調査・介護予防ケアプランについては在宅介護支援センターですべて行っている。介護予防支援計画・居宅介護支援計画等については、大半を在宅介護支援センターで行っており、同居等で介護について問題の無いケース等に限って民間の居宅介護支援事業所に依頼している。また、プランについては全て区に提出してもらっており、チェックをしている。

② 情報共有化

在宅介護支援システムで、各在宅介護支援センターと区の高齢福祉課との情報共有ができていたため、すぐに対処することができるようになっている。高齢者の虐待や困難ケース等の対応が迅速に取れることは、システムの大きなメリットになっている。

③ 介護予防事業

平成15年から、市町村特別給付で介護予防に関する事業を展開してきた。現在ではデイサービスセンター活用型として、「身近でトレーニング・マシンでトレーニング・予防ミニデイ・配食サービス」等がある。区民協働型として、「いきいき筋力向上トレーニング・いきいき脳の健康教室・シニアのための男の手料理教室・ふれあい健康塾」等がある。その他の施策としては「しながわ出会いの湯・連れそって銭湯・いきいき健康マージャン

広場・いきいきカラオケ広場、シルバー大学」等様々な事業がある。男性の参加を促すための工夫がされている。

特定高齢者と一般高齢者の予防プログラムの参加状況については、特定高齢者が現在まだ出てきていないため、一般高齢者の参加のみになっている。特定高齢者のプログラムでは、状態が改善されれば各教室等に参加できなくなるため、改善した後の受け皿を充実させていきたいと考えているということであった。

3. 大阪府内の介護予防事業

介護予防事業の大阪府下の状況を確認するにあたり、市町村（大阪市・堺市を除く）に調査票（別紙参照）を送付しアンケート調査を行った結果、41市町村中26市町村から回答があった。（調査集計は別添参照）

(1) 特定高齢者把握事業

特定高齢者把握事業の基本となる基本健康診査の受診状況については、集団健診・個別健診共に行っている市町村・個別健診のみ行っている市町村があるが、65歳以上の受診率についてそう大差はなかった。

受診率も22.2%から155.4%と各市町村によりばらつきが大きい。

健診からスクリーニング完了（特定高齢者候補の確定）までの期間は、集団健診は4週間という答えが最も多く、個別健診については8週間という答えが最も多かった。生活機能低下の危険性を早期に発見し、軽い段階から短期・集中的な対応を行うには少し時間がかかり過ぎている。

また、6月末までの基本健診で特定高齢者候補者が特定できた市町村は、集団健診では10市町村しかなく、その中でも特定高齢者数が計画値の10%を超える市町村は1市町村しかない。個別健診でも特定高齢者候補者が特定できた市町村は、16市町村あるものの特定高齢者数が計画値の10%を超える市町村は2市町村のみである。

「特定高齢者の選定基準が厳しく、健診等の結果で候補者となっても大半が要介護認定者」・「現在要支援の認定者でみても特定高齢者の基準を満たす高齢者がほとんどいない状況」・「基本チェックリストの内容が高齢者に理解しにくく、候補者に包括が訪問し再度確認していくと、ほとんどが特定高齢者に該当しなくなる」といったように、この調査に回答した26市町村中24市町村が地域支援事業実施要綱の特定高齢者選定方法について検討の必要性ありと回答した。各市町村においては、特定高齢者の把握については苦慮していることがわかる。

こうしたことから市町村は、民生委員児童委員や校区福祉委員への周知し情報提供してもらったり、出前講座や高齢者に関する事業に説明して受診を促したり、老人医療の窓口で来所者に基本健診の受診を促したり、介護保険非該当の方への基本健康診査案内通知を送付したりして特定高齢者の把握に努めている。

(2) 介護予防特定高齢者施策

(単位：市町村)

	事業名	直営	委託	直営・委託
通所型	運動器の機能向上	5	15	1
	栄養改善	8	9	
	口腔機能の向上	9	9	
	閉じこもり予防・認知症予防・うつ予防	2	2	
訪問型	閉じこもり予防・認知症予防・うつ予防	1	17	3

初年度ということもあると思われるが、大阪府内の特定高齢者の事業数としては、十分とは言いがたい状況である。現状としては特定高齢者が上がってきていないため特定高齢者の事業数は、供給過多になっている。ただ市町村においては、委託により事業を行っている事が多いため、利用者が少ない場合でも経費が発生することから、コスト面での問題が生じている。次年度の事業を実施するにあたり、事業の開始時期や事業内容を見直す必要性が高い。

(3) 介護予防一般高齢者施策

23市町村で64事業もの介護予防一般高齢者施策が行われており、直営で行っているもの45事業、委託行っているもの14事業、委託と直営共に行っているもの3事業、委託・直営が不明なもの2事業となっている。内容については、介護予防の啓発に関する事業・運動器・ボランティア養成の順に多い。介護予防を行うにあたっては、介護予防一般高齢者施策を重点的に行うのが最も効率的であり、介護予防特定高齢者施策から一体的・連続的に行うことが重要である。しかし、この調査結果では、介護予防特定高齢者施策から介護予防一般高齢者施策に連続的に繋がるような事業設定が少ない。その原因としては、現在も老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業の延長で行われていることが多いのではないかとと思われる。そのため、一定期間の介護予防特定高齢者事業のプログラムが終了した後に、介護予防一般高齢者事業に引き続き参加できるような組織作り・連携体制が必要である。

(4) 介護予防評価事業

研究班の案（H18. 2月）の項目を実施する市町村は6市町村、実施しない市町村は2市町村、検討中の市町村は17市町村であった。

事業評価については、目標値に対する成果を把握し、より効果的に事業を進めた上で特に重要である。必要な人に必要な事業が提供できているか、できていなければ何が問題なのかを明らかにして、それを改善することができるからである。事務量や成果事業実施過程を評価することにより、対象者に確実な取組を支援、フォローアップすることができる。どのように情報収集を行い、どのように評価するかを明確にしておかなければ、事業の目的が曖昧なものとなってしまう、事業の改善に役立てることができない。

4. 介護予防についてのまとめ

介護予防は、元気な高齢者を対象に生活機能の維持・向上に向けた取組を行う介護予防一般高齢者施策（一次予防）と、虚弱な状態にある高齢者の生活機能低下の早期発見・早期対応を行う介護予防特定高齢者施策（二次予防）、さらに要支援・要介護状態にある高齢者の要介護状態の改善や重症化予防を行う（三次予防）に大別される。市町村が、介護予防事業を効果的・効率的に推進するためには、必要な人に必要な時に必要な上記事業（サービス）を連続的に切れ目なく、かつ総合的に提供することが重要である。それが、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと、要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないことにつながるのである。

そこでまず重要となるのは、必要な人（対象者）の発見である。介護保険の申請がひとつの対象者発見の機会ではあるが、この時点ではすでに、二次予防か三次予防の段階になってしまう。もっとも介護予防効果があがるのは、一次予防の対象者であり、その対象者を発見することが最も重要である。しかし、現在の特定高齢者把握事業の健診ではその対象者の把握は難しい状況にある。なぜならば、介護予防の対象となるべき人は健診にも行かず、閉じこもりがちな人が多いからである。市町村が広報で呼びかけたりするようなことでは、そのような意欲の無い人を発見することはできない。そこで、必要となってくるのが地域包括支援センターと民生委員・自治会・老人クラブ・ボランティアなど地域の協力者とのネットワークである。介護予防の目的・内容を理解してもらい、介護予防が必要な人を地域の人々で掘り起すような仕組みづくりをいかに行うかである。

次に必要な時に必要な事業（サービス）を提供することである。介護予防サービス（三次予防）から介護予防特定高齢者施策（二次予防）、介護予防一般高齢者施策（一次予防）へと連続的に切れ目なく、かつ総合的に提供する必要がある。例えば、介護予防サービスで「非該当」に回復した場合、次の介護予防特定高齢者施策（二次予防）につながなければ、その後すぐに介護認定を受け介護予防サービスを受けることになり非効率的な行き来が繰り返されることとなる。そのためにも介護予防サービスから介護予防特定高齢者施策、介護予防特定高齢者施策から介護予防一般高齢者施策へとつなぎ、いかに高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐかが重要である。そのためにも介護予防一般高齢者施策の先には、生活自立能力や意欲を確保した高齢者が、自立して回復した能力を維持することができる環境をいかに作るかが重要である。

介護予防を効果的に行うにあたっては、こうした地域ネットワークづくり・まちづくりが必要である。いきいき・ふれあいサロンなどの集会の場や銭湯、健康増進施設などを活用した住民主体の活動が「地域・まち」の身近なところにあり、高齢者が主体的かつ継続的に参加活動できる機会があることにより、より介護予防の効果が期待できる。

市町村としては、このような介護予防に効果のある事業については、必要性があれば国の制度でなくても市町村の特性や独自性を出して積極的に取組む必要がある。また、地域づくりやまちづくりという視点で介護予防事業を位置づけ、住民とともに作り上げていく姿勢が必要

であると感じた。

《参 考 文 献》

鏡 論、「介護予防と自治体の課題」、『ガバナンス』、ぎょうせい、2006年5月号、P23～26

佐藤 由美、「予防前置主義を掲げ、多彩な介護予防事業を展開－埼玉県和光市」、『ガバナンス』、2006年5月号、P23～26

三海 厚、「保険者機能を高め『介護のまちづくり』をめざす－東京都稲城市」、『ガバナンス』、2006年5月号、P28～30

第2班 テーマ「住み慣れた地域での生活を継続するための 地域づくりと行政の役割」

(執筆担当者名簿)

氏 名	市町村名	担 当 部 局
清 水 一二三	柏 原 市	健康福祉部高齢介護課
重 村 吉 則	八 尾 市	保健福祉部高齢福祉課高齢介護基盤推進プロジェクトチーム
吉 川 尚 子	八 尾 市	保健福祉部高齢福祉課地域包括センター
梶 原 要 一	枚 方 市	健康部高齢社会室
宇佐美 恵 子	豊 中 市	健康福祉部高齢介護課
三 谷 優 子	四 條 畷 市	保健福祉部高齢福祉課



(発表会より)



住み慣れた地域で生活を継続するための仕組みづくりと行政の役割

1. はじめに（行政と地域との隔たり）

介護保険制度がはじまり6年が経過したが、高齢者をめぐる地域の実状も大きく変わった。高齢者福祉の担い手が、官から民へと移行し始め、サービスの基盤は確実に充実した。その目指すところは、利用者による主体的なサービスの選択であり、競争原理のなかで事業者と利用者との間で互いに福祉の質を高め合うスパイラルを創り上げることであった。しかし、急増し続ける介護保険事業所と、たびたび修正が加えられる制度の中で、利用者の福祉に対する意識の変革の遅れが指摘される。

いつまでも住み慣れた地域で自立した生活を継続するには、例えば、利用者自らが、利用する介護サービスの内容を理解し、自分にあった事業所・サービスを主体的に選択していくことが求められる。ところが、高齢者だけでなく、家族介護者の中にも、介護生活は「世話になる」という考えが根強く、事業者の言いなりになるパターンや、サービス利用自体をためらう方も未だに多く見受けられる。さらに、介護保険制度自体に対する理解度もまだまだ低く、今はまだ健康でも、今後身体機能が低下していくことに不安を感じるが、どうしたらいいのかわからないという方も多い。こうした背景には、制度の基盤整備が行政主導により行われたため、高齢者福祉という地域にごく身近なテーマにもかかわらず、市民事業として、その主体を地域住民と共有するに至っていないという現状にある。

高齢者福祉をはじめ地域福祉の主役は、言うまでもなくその地域が抱える課題・問題に直接関わる住民である。その点に早くから注目し、「行政と地域との協働によるまちづくり」を推進している2つの事例をみていきたい。

2. 地域と行政の協働による包括的な仕組みづくり

(1) 北九州市の取り組み

北九州市は以前より、地域住民をはじめ行政、各種団体が一体となって、援助が必要な人も、元気な人も、共にふれあい安心して生活することの出来る福祉の視点を大切にしたまちづくりを進めてきた。この結果、保健・医療・福祉・地域の連携が強まり、ふれあいと支えあいのネットワークが広がった、先進的な地域といえる。

各種の施策は、できる限り住み慣れた地域や家庭で対応する「地域福祉」を基本として、3つのキーワード「総合化」「市民本位」「ネットワーク」を切り口として展開される。

北九州市では、「総合化」「市民本位」への取り組みとしては、「縦割り行政」ではなく組織の枠を超えた「横の連携」を強め、市民を“たらい回し”にしない総合的・包括的なサービスを提供する体制を整えている。まずは、区役所への総合相談窓口の設置に始まり、

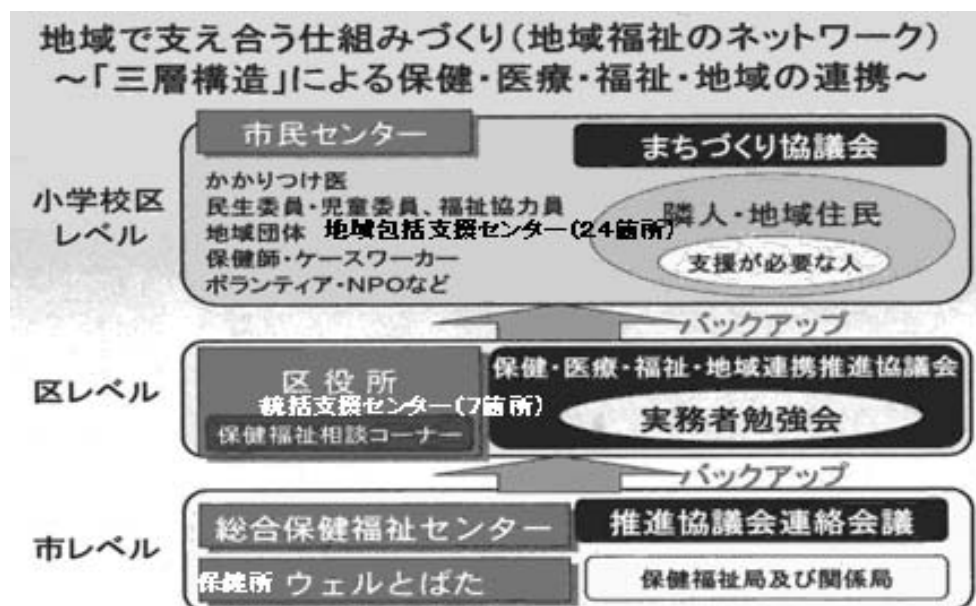
保健所と福祉事務所の統合等の組織改革が行われ、市民に身近なところで、多様なニーズを的確に把握し、市民の意見を尊重しながら、適切で質の高いサービスを提供する体制が取られている。各区役所の総合相談窓口は「保健福祉相談コーナー」として、高齢・障害に関する相談を総合的に受け付け、「出前主義」「即決主義」を採用し、他機関との連絡調整、地域ケアのネットワークづくりを行うこと等により、地域住民に対するワンストップサービスの提供体制を実現させている。

また「ネットワーク」に関しては、すべての市民が住み慣れた家庭や地域で安心して暮らしていけるよう、身近な小学校区を単位に、支援が必要な人をお互いに支えあう仕組みを作っている。

市全体を「地域（小学校区）レベル」「区レベル」「市レベル」の三層に再構築し、地域住民をはじめ、自治会などの地域団体、医師会、民間企業、ボランティア、行政などが協働して、支援が必要な人を地域で支えあうネットワークをつくっている。

その小学校区単位の拠点としては市民センターが設置されている。その運営の担い手として、地域の各団体で“まちづくり協議会”が立ち上げられ、そこでは地域での課題についての話し合いがなされ、さまざまな地域活動が行われている。また、その時々に応じた必要機関（保健師、ケースワーカーなど）が地域に出向き、専門的視点からの助言を行い、バックアップをしている。

その小学校区での取り組みを「区レベル」でバックアップ、さらに「市レベル」でバックアップする体制を取るという三層構造を通じて、地域であげられた課題や要望は、区・市において取りまとめられ、ネットワークの強化・充実のために活かされている。このようにして築かれた各地域と行政を結ぶネットワークは、グループワーク等を経て地域発の保健福祉計画の策定につながっている。



(出典：北九州市保健福祉局総務部計画課作成 「北九州市の保健福祉行政」資料より)

(2) 高浜市の取り組み

人口約4万人の愛知県高浜市では、ひとつの窓口で福祉に関するあらゆる相談や手続きを行うことができる「高浜市いきいき広場」が平成8年、駅前再開発により設置された。「いきいき広場」には総合窓口、出張所、市の地域福祉や保健福祉、介護保険といった行政窓口、社会福祉協議会、地域包括支援センターをはじめ、「介護・福祉機器ショールーム」や、「マシNSTAジオ」も併設されている。旅行代理店のよう、ひとつの窓口で福祉に関する相談や手続き、健康づくりまでワンフロアで行なえるようにという発想から生まれたこの広場は、早朝・夜間、土日祝日もオープンしているため、平日の昼間は来にくい通勤者も利用できる。また、ひとつのフロアに福祉に関連する機関と様々な職種が配属されることで、地域の多様な相談に応じることができ、きめ細やかな市民サービスを提供している。

もうひとつの特色は、行政や社会福祉協議会だけでなく、日本福祉大学と共同して事業を進めるとい、公私協力方式で広場を運営していることである。高浜市が介護・福祉機器ショールームの運営を日本福祉大学の関連会社に委託し、また同大学がフロアを利用してまちづくり事業を企画している。第三者が間に入ることで、こうした福祉機器の相談から販売といった行政では通常行ないにくいサービスの実施や、新しい事業の試みが可能になり、サービス提供の幅が広がる。

こうした総合的な利便性のある相談窓口のほかに、さらに市民を巻き込んだかたちの地域型の「宅老所」が市内に5ヶ所ある。高浜市が「介護予防拠点整備事業費補助金」を用いて既存の施設を改修し、市から受託した社会福祉協議会が地域の様々なボランティアグループの協力を得ながら運営するという形をとっている。運営の際にボランティアの自主性を尊重することで、より地域性が活かされ、高齢者の見守りを行なう宅老所という本来の機能だけでなく、利用者として、あるいはスタッフとして地域の誰もが交流できる場として活用されている。

こうした多様な実施主体により公共サービスを提供することで、地域住民に社会貢献の場、生きがい作りの場をあたえることは、高浜市の住民互助型活動組織「高浜南部まちづくり協議会」においても試みられている。平成17年に発足し、地元の既存組織の代表が集まって作られたこうした新たなコミュニティが、市から権限と財源を得て地域の課題を地域で解決する主体的な取り組みを通して、「市民主体の住み良いまちづくり」を実現していこうとしている。しかし協議会発足の黒子となったのは、市の担当職員や社会福祉協議会の現場主義の活動であり、ベースには、小中学生から高齢者までが参加した「地域福祉計画」の策定を通じた市民の主体性の育成があったといえる。

以上のような二市の取り組みは、いずれも「地域と行政の協働によるまちづくり」のモデル事例といえるものであるが、共通して着目すべき点がいくつかある。順に挙げると、

- ① 地域の課題を担う団体の発足から活動開始に至るまでは、行政の「現場主義」によるはたらきによるものである。
- ② 課題解決に取り組む地域住民は、地元の既存組織が集まり、「協議会」として組織化され

ている。

- ③ 各協議会には、地域に活動の拠点が与えられ、その整備に関しては少なからず行政が力を入れている部分がある。
- ④ 継続的な活動の主体はあくまで地域住民自身であり、行政は各協議会を多方面からバックアップし、連絡調整を行う役割に留まる。それは単なる事業運営の主体というだけでなく、活動拠点の運営も含む、各地域の「自治の主体」を託されている。

冒頭にも触れたが、介護保険をはじめとして、公的サービスの主体は官から民へと移行され始めている。これには多くの理由が考えられるだろうが、今後もこの流れはますます大きなものになることは容易に想像が付く。そのようななかで、地方分権も進む中、地域ごとの特色ある活動の促進はいずれの市町村にとっても重要な課題といえる。そしてそれは、行政の単独事業として行い、進めていけるものではなく、北九州市・高浜市のように、行政と地域が公的サービスの主体を共有するという、地域・行政ともの大きな変革を経なければ成し遂げられるものではない。北九州市と高浜市の取り組んできたなかから、各市町村が具体的な手法として参考にすべき点を考察していきたい。

3. 行政が協働に向けて取り組むべき役割

住み慣れた地域で生活を継続するための仕組みづくりとは、地域において一人ひとりが今後どのような生活を送っていききたいか、望み、決定し、実現できる地域づくりである。それには地域に潜在する課題に対し、地域で取り組む体制を定着させることである。そうすることで、地域における福祉に関する知識・各種コミュニティ資源の認知等が高められる。公的な意味においても福祉はもはや、行政による一方通行のサービスではなく、ボランティア・地域住民団体によるものも含めた社会サービスの総体であり、自分たちはその受け手でありながら、同時に担い手でもあると実感してもらうことが目指すべきところとなる。

では私たちは具体的に何をすべきか。事例の二市とも、各地域は組織化された地域づくり団体が自立した活動を行うに至っているが、その状態において行政の担う役割は、団体に対し総合的・包括的なサポートを行うのみである。それもあくまで黒子に徹し、表だって指導するようなことはない。行政が主導となって進めるべきは、地域住民に円滑にかつ継続的に活動してもらえようような仕組みを構築するまでである。つまり、事業としてではなく、まちづくりとして政策的に取り組むべき課題であり、全庁的に地域とのネットワーク構築に向けた方策を打ち出すことが本来のあるべき方法であろう。北九州市・高浜市ともにこの点においては合致する。それは、それぞれ市民センター・高浜市いきいき広場といったハード面の整備も可能とさせている。

とはいえ、事業レベルでこの課題に取り組む事も、可能ではないだろうか。従来からの福祉サービスをみても、地域の参加は多様な形で行われながらも、協働による福祉のまちづくりは実現しないことは明らかである。しかし、一般的なこうした事業の企画・運営の主体は行政にあり、事業として実施されればそこで完結してしまい、継続性は絶たれてしまうケースが多

かった。住み慣れた地域で生活を継続する仕組みづくりは、繰り返すが、まちづくり・地域づくりである。一過性の事業では成し遂げられない。

北九州市の事例を今一度みてみたい。各小学校区に配置されている市民センターだが、その約半数はかつての公民館の再編であり、市民センターの創設それ自体は、まちづくり協議会の創設の直接的な条件とはならない。さらに、協議会が行っている地域の様々な事業展開だが、当初は高齢社会対策を切り口とした保健福祉活動から徐々に拡大されていったという経緯がある。北九州市が毎年行っている市政要望アンケートにおいて、11年連続で「高齢化社会対策」が第1位にのぼっており、高齢者福祉に対する市民の関心の高さが伺える。さらに、平成15年5月に施行された健康増進法では『国民は自らの健康増進に努め、国・地方公共団体・健康増進事業実施者・医療機関・その他の関係者はその努力を支援する責務がある』と謳われるようになった。それらに呼応する形で、市の施策の中でも一足早く高齢福祉事業が地域で支えあう仕組みづくりに乗り出した。高齢福祉担当課が地域と行政の協働に向けての取り組みの先陣をきったのである。

このことから、決して政策的な取り組みでなくとも、既存のコミュニティ資源を活用して、担当課レベルで事業展開することは不可能ではない。具体的な内容は、地域ごとの特性に応じたものになるであろうが、北九州市・高浜市に共通して注目すべきは、徹底した「現場主義・出前主義」である。行政と地域の組織的な結びつきを実現させたのは、行政側にこの方針がしっかりとあったからこそではないか。

「地域づくりは人づくり」という言葉をよく耳にするが、地域と行政の協働によるまちづくりは「人」では足りず、地域づくりを担う団体をいかに住民主導という点を保ちながら、組織を形成させるかが最も重要になることは事例より明らかである。行政はそのため、それぞれの地域において長年をかけて創り上げてきたコミュニティ資源を整理・編成し直すことも必要となるだろう。その過程は簡単ものではない。ミクロの視点から、それぞれの地域が現在どのような状況にあるのか、具体的に把握しなければならない。地域福祉に関する興味・関心はどの程度あるのか。地域福祉をコミュニティレベルで推進できるリーダーは存在するのか。コミュニティ資源として活用されているものにはどういったものがあるか。漠然とした地域の実態イメージを、改めて確認するのである。地域ごとの現状を把握することが、行政が地域に足を踏み出す一歩となる。

それができるのは、市町村の職員一人ひとりが直接地域に出向き、まずは地域での話し合いの場をつくるためのファシリテーターとしての活躍を担う以外にはない。地域の方を招いての説明会はもちろん、NPOやボランティアをはじめとするコミュニティ団体に、行政のもつデータを提供し、いずれ形成されるべきネットワークの要として活躍してもらえよう、継続的な勉強場を創り上げるのである。ネットワークの核として、組織化されたコミュニティ団体に、地域福祉を推進してもらう具体的役割を継続的に担ってもらえるようになれば、行政が主導となるべき必要性はなくなる。その後の地域による創意工夫を活かした福祉活動の展開は、行政と地域の協働によるまちづくりを大きく加速させることが期待できるだろう。

第3班 テーマ「これからの介護保険制度のあり方」

(執筆担当者名簿)

氏 名	市町村名	担 当 部 局
藤 澤 吉 恵	八 尾 市	保健福祉部介護保険課
杣 木 利 徳	島 本 町	民生部高齢福祉課
井 上 幸 子	守 口 市	福祉部高齢介護課
渡 辺 浩 一	羽 曳 野 市	保健福祉部高年介護課



(発表会より)



これからの介護保険制度のあり方



はじめに

介護保険制度は、制度創設7年目を迎え、国民、住民の老後生活における介護の不安に応える「基礎的な社会システム」として定着してきた。そして、今般、現在だけでなく将来にわたって、高齢者やその家族が生涯の生活設計を行う上で重要な柱のひとつとして安定的に存在し、機能し続けるものでなければならないとして、制度の「持続可能性」を確保するための介護制度改革がなされた。

この介護制度改革では、2015年の将来像を念頭においたうえで、「自立支援」、「介護予防」という制度創設時点からの制度の理念を徹底することを趣旨として、従来の介護保険制度の範疇からウイングを広げ（高齢者保健福祉の事業にまで対象を拡大）、「高齢者介護・予防支援制度」としての性格が付与された。

そして、「地域」をキーワードとした制度改革が行われ、全国均一の保険制度としての介護保険制度は、「地域保険」としての側面が強化されたものとなった。

こうした性格をもって刷新された「地域型高齢者介護制度」は、保険制度の枠組み（道具・ツール）を維持しつつ、これを「地域」で如何に駆使していくか、すなわち、新しい高齢者介護制度を「使って」、如何に「まちづくり、地域づくり」をしていくかという制度枠となったのである。

もともと介護保険制度は、「地方分権の試金石」といわれて登場し、わが国の社会保障、地域福祉、地方自治制度において、改革のフロントランナーの役割を果たしてきた。今回の改革は、その役割を地域において実質化させるための具体的な枠組み（システム）を包含している。

その最たる制度枠、具体的な仕組みのひとつが、「地域包括ケアシステム（地域包括支援センター）」の創設であり、もうひとつが、「地域密着型サービス」の新設である。また、高齢者に身近なところで高齢者の支援がなされ、必要な介護サービス基盤の配備がなされるよう、市町村域を必要な範囲で分割して「日常生活圏域」の設定が行われることとなった。

以上のような制度的枠組みが構築されることにより、いわば、地域づくりの「ステージ」が用意されたことになった。そして、この「ステージ」で市町村がどのような「わが町の高齢者介護、地域社会づくりのグランドデザイン」を描くのが、求められ、試されることになったのである。

本稿では、今回の介護制度改革を踏まえて、高齢者介護制度を「地域」を基盤とした安心を与えるシステムとして地域で持続可能なシステムづくりを行っていくために、「これからの介護保険制度のあり方」について、以下の項目で整理をし、論及を試みるものである。

第1．介護保険制度のシステムのあり方

1－1 介護保険財政の健全化について

1－2 認定システムのあり方

第2．総合的介護予防システムのあり方

第3．療養病床の見直しの課題

第4．家族介護における私的ヘルパーと現金給付について

第1．介護保険制度のシステムのあり方

1－1 介護保険財政の健全化に向けた方策

平成18年度からの第3期事業運営期間における第1号被保険者の保険料の全国平均は、第2期から24.2%上昇して、4,090円（保険料基準額。以下同じ。）となった。最も多いのは3,501円から4,000円の間で、全体の36.2%の保険者の保険料がこの金額となっているが、4,500円以上の保険者も13.8%あり、最高は6,000円超となっている。このままのペースでいけば、3年後の第4期事業運営期間には、保険料は4,500円から5,000円を超える可能性もあり、平成20年度より開始となる後期高齢者医療制度における保険料とあわせ、高齢者の生活を脅かすものとなりかねない。

そこで、第1号被保険者の保険料以外の財源を確保して、保険料の高騰を抑える方策を検討したい。

1. 定率の介護給付費負担金及び財政調整方法等

現在、保険給付費の負担割合は、国25.0%（介護給付費負担金20.0%、調整交付金5.0%）、都道府県12.5%、市町村12.5%、第2号被保険者の保険料31.0%、第1号被保険者の保険料19.0%を基本的な割合としている（介護保険施設及び特定施設入居者生活介護に係る介護給付等に要する費用（以下「施設等給付費」という。）については、国20.0%、都道府県17.5%）。

上記のうち、調整交付金及び第1号被保険者の保険料を除く76.0%は定率負担割合である。調整交付金及び第1号被保険者の保険料（計24.0%）のそれぞれの割合は普通調整交付金の交付割合によって、変動する仕組みとなっている。

普通調整交付金は、①各市町村における第1号被保険者の総数に対する75歳以上の者の割合、②各市町村における各所得段階別の第1号被保険者の分布状況の2点に着目をして、保険料水準について、必ずしもその市町村の責に帰すべきものではないところを調整し、市町村格差による介護保険財政の不均衡を是正するために交付されるものである。

普通調整交付金の交付割合は、平成17年度実績で、大阪府において、1.02%から6.87%となっており、第1号被保険者の保険料の割合（平成17年度の基本的な割合は18%）では、16.13%から21.98%と、5.85%の幅となっている。この幅は、第3期事業運営期間の大阪府市町村平均額である4,675円（加重平均）では「273円」に相当する。

特に、現行の財政調整方式により、保険料水準が高くなる市町村においては、被保険者に

とってみれば、本人には何の責任もない事柄のために負担が大きくなる不合理感が生じる。

法施行後5年を目処とした制度見直しの方向性について検討をした社会保障審議会介護保険部会の最終報告（平成16年7月30日）においては、「調整交付金等のあり方」について「調整交付金の交付割合の高低が、結果としては各市町村の1号保険料水準に影響を与えているため、より被保険者の納得が得られるようその在り方を是正していくことが必要である。」としたが、今回の制度改正に反映されることはなかった。

そこで、第1号被保険者の保険料以外の財源を確保して、保険料の高騰を抑える方策として、定率の国庫負担及び財政調整方法等のあり方について次のように提起したい。

(1) 定率の介護給付費負担金の割合の増及び財政調整交付割合基準の縮小

定率の介護給付費負担金の割合を増やして、例えば、22.0%（施設等給付費用については18%）とし、財政調整する交付割合の国基準を「3%」と縮小する。

(2) 財政調整の方法については、現行の2点のうち、各市町村における各所得段階別の第1号被保険者の分布状況に関しては、例えば、保険料段階区分が低い層の分布が大きい場合には保険料基準額が高く設定されることになるのを下げる調整が図られるため、一定有効な調整方法と考えられる。しかし、各市町村における第1号被保険者の総数に対する75歳以上の者の割合による調整については、後期高齢者が多いことにより、保険給付費が増大する予測のもとでの調整となっているため、これを、実際の保険給付費の増嵩状況に着目をして、これが地域の特殊事情である場合（例えば、介護保険施設等の地域的な偏在）に調整できるような手法の検討が必要である。

2. 被保険者・受給者の範囲の拡大

介護保険の被保険者及び受給者の範囲は、法施行後5年の検討課題の一つであった。

今回の制度見直しでは、結論が先送りとなり、改正法附則第2条第1項において「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目処として所要の措置を講ずるものとする。」と規定された。

現行制度における被保険者及び受給者の範囲は、被保険者については、65歳以上を第1号被保険者、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者としている。また、受給者については、第1号被保険者は、要支援及び要介護状態の者であるが、第2号被保険者は、加齢に伴う疾病を要件とした要支援及び要介護状態にある者と限定をしている。

厚生労働省では、「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」を設置し、同会議で平成18年度中に意見をまとめるため精力的に検討を進めている。

ここでは、この間の国等での検討状況も踏まえ、第1号被保険者の保険料以外の財源を確保して、保険料の高騰を抑える方策を検討する観点から、本課題について検討する。

(1) 主な論点（課題）

- ① 被保険者の範囲を拡大し、対象年齢を引き下げるかどうか
- ② 受給者の範囲について加齢要件（介護原因に関する制限）を外すかどうか

- ③ 上記により、現行の高齢者介護制度としての介護保険制度の基本骨格について普遍的な介護制度とするかどうか

(2) 主な論議内容

本課題については、積極論と慎重論がまだまだ拮抗しており、平行線の感が否めない。現在の国等での主な論議は次のとおりにまとめられる。

① 積極論（普遍的介護制度構築論）

- ・ 年齢や障害種別を問わずに、介護が必要な者が公平に介護サービスを利用できる
- ・ 住み慣れた地域での生活を支える「地域ケア」は、介護保険にも障害者福祉にも共通する
- ・ 制度の支え手が増え、介護保険財政が安定化する
- ・ 障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める機会となるとともに、サービス利用の格差が縮小する

② 慎重論（高齢者介護制度継続論）

- ・ 若年者は障害を負う確率が低く、社会保険制度に馴染まない
- ・ 新たな負担が課される若年者や企業の理解が得られない
- ・ 現行の障害者施策での利用者が介護保険制度に組み込まれると、受けられるサービス水準が低下する懸念がある
- ・ 時期尚早である（障害者支援費制度に続く障害者自立支援法が施行して間もない）

(3) 制度の提案

① 提案 介護原因要件を撤廃し、普遍的介護保険制度とする。

介護保険制度の普遍化を図り、若年障害者の介護リスクを社会保険で支える仕組みを創設する。理由は以下のとおりである。

制度の基本理念及び制度設計としては、年齢や障害種別にかかわらずサービスを必要とする人に提供する制度を持続的に確立するため、国民全体で支え合うとする理念は一致が図られるものとする。また、少なくとも現行制度においても、保険料を40歳以上としながら第2号被保険者の保険給付が極めて限定的である状態は、給付と負担の一致の点で不合理である。また、財政問題では、総論として最低一致できる点である。

障害者施策との関係では、障害者自立支援法の施行により、実施主体、サービス体系、支給決定プロセス、ケアマネジメント、利用者負担、事業計画等の側面から、制度的には、介護保険との共通性が高まっている。

上記(2)の②の慎重論で提起されている種々の課題及び問題点は、各論でこれら問題点を整理及び解決を図るものとすべきである。

② 制度枠組み（1つの案）

1. 被保険者の範囲

介護保険の被保険者は、医療保険加入者とし、次のように3区分とする。

- ・ 第1号被保険者は、現行どおり65歳以上とするが、医療保険加入者とし、生活保護

被保護者は被保険者としない。

- ・第2号被保険者は、現行どおり40歳以上64歳未満の医療保険加入者とする。
- ・第3号被保険者は、40歳未満の医療保険加入者とする。

(理由) 被保険者の年齢を、例えば「20歳以上」や「30歳以上」とすることは、現行の「40歳以上」としている場合の「負担と給付の一致」の点と同様に不合理であり、年齢を限定するに明確な根拠付けができない。

第1号被保険者から生活保護受給者を外す考え方については、普遍的介護保険制度とすることにより、第2号及び第3号の被保険者との整合を図るためである。

2. 受給者の範囲

受給者の範囲は、要支援及び要介護の者とし、介護原因（「加齢に伴う」要件及び特定疾病要件）を問わない。

3. 被保険者の負担割合の設定

第1号、第2号及び第3号の各被保険者の負担割合は、各区分の人口比率を、要介護等出現率により補正（介護リスク補正）して設定とする方法を検討する。これは、例えば、人口比率が第1号：第2号：第3号（保険料負担割合50%）＝9%：17%：24%として、補正後に、16%：29%：5%とするイメージとなる。

介護リスク補正を要介護認定出現率でそのまま補正した場合には、第2号及び第3号の負担割合が相当程度に少なくなり、第1号に負担が加重となるが、第2号及び第3号部分について、国庫負担で一定配慮した上で、高め設定とするような手法も検討していくべきである。

4. 障害者施策との関係では、介護保険制度の適用を優先する関係とする。現行の障害者施策のうち、介護サービスの提供部分を保険給付化するものであり、「障害者施策との統合」とはならない。
5. 「地域包括ケアシステム」は、障害者施策と統合をして、高齢者施策及び障害者施策に共通する地域支援事業として、介護保険料財源の一部を充当して運用する仕組みとする。

3. 利用者負担割合の適正化

平成20年度から施行される後期高齢者医療制度の自己負担と合わせて、74歳までは2割負担、及び75歳以上は1割負担とする。

介護サービスには、医療系のサービスが存在し、今回の制度改正においても医療との連携及び整合の検討がなされた。また、平成20年4月からは、高額医療・高額介護合算制度が創設される。よって、負担割合については、医療制度との合致が合理的で、利用者からの理解も求めやすい。

軽度者に対して2割負担化とする意見も見られる。これにより軽度者の利用抑制のインセンティブが強く働くことが見込まれるが、要介護度別の負担割合の変動は、利用者の理解を得る点、及び事務が煩瑣となる点等から非合理的、非効率的である。

1-2 認定システムのあり方

介護保険制度が始まって6年が経過した。その間の運営を通じて、当初は想定していなかった様々な課題が明らかとなった。認定者数の増加によって、必然的に介護サービス利用者数が増加し、それが保険給付費の増加に結びつき、保険料負担の増加を伴って、将来に向けた介護保険制度の円滑な運営に支障が生じている。そのため国においては、大幅な介護保険制度の見直しを行った。

今回の見直しでは、介護予防を重視することにより要介護度の悪化を防止し、給付費の増加を抑制することに重点がおかれた。

一方、将来に向けて持続可能な介護保険制度を維持していくためには、要介護等高齢者が増加する中、要介護認定システムのあり方に検討を加えることも重要な課題である。要介護認定システムは医療保険にはない重要な制度枠組みであり、介護保険制度の根幹をなすものである。しかし、認定申請件数が増加し続けることにより、要介護認定事務が増加し、このことにより介護保険制度の適正な運用に支障が生ずることとなる。

要介護認定事務の効率化の課題は、今回の制度改正において論点の一つとなったが、先送りされた。この課題については、全国共通の課題でもあり、以下、今後の介護保険制度の適正な運用に向けて認定審査事務の軽減化についての提案を行いたい。

1. 認定申請件数の増加による影響

(1) 認定調査件数の増加による影響

認定調査委託件数の増加、市町村における認定調査員の増員確保等により、コストが増加する。また、認定調査を担う市町村職員の比重が高まっていることから、市町村の職員体制の確保が大きな課題となっている。

(2) 主治医意見書作成件数の増加による影響

主治医に対する意見書作成委託件数の増加によってコストが増加する。

(3) 認定審査件数の増加による影響

認定審査会開催数の増加、認定審査委員の増員確保等によりコストが増加する。

(4) 認定審査処理件数の増加

認定審査事務の体制強化によってコストが増加する。

2. 認定申請件数の増加に対して適切な対応ができなかった場合のリスク

認定申請件数の増加に対して適切な対応ができなかった場合、認定申請から結果までの事務処理期間が長期化する可能性がある。

従来は暫定利用により、事務処理期間が長期化しても一定の対応は可能であった。しかし介護保険制度の見直しにより、要支援者に対しては予防プラン作成主体が地域包括支援センターとなること、予防サービスと介護サービスの利用方法が異なること等により、特に軽度な要介護者に対しては、可能な限り早期に認定結果を出さなければサービスの利用に支障が出るおそれがある。

3. 国におけるこれまでの取組み状況と問題点

(1) 有効期間の延長

平成16年4月更新申請分より認定有効期間を1年から最長2年に変更した。これにより、一時的に申請件数を抑制する効果はあったが、新たな有効期限が到来したことにより認定申請件数は大幅に増加することとなった。このように、「有効期間の延長」は一時凌ぎ的な方策であり、将来的に安定的な認定事務の軽減化につながるものではない。

(2) 認定審査委員の少数化

平成16年4月より1合議体あたりの委員定数を最低3人に変更した。これにより、委嘱する認定審査委員を減じることが可能であるが、認定調査及び認定審査の件数や審査会開催件数が減少するわけではない。

(3) 認定調査体制整備の支援

社会福祉協議会等を事務受託法人として指定し、市町村職員が行うべき認定調査を委託することが可能となった。認定調査件数が減少するわけではないため、調査コストは減少しない。

4. 提 言

国によるこれまでの取り組みにより、それぞれ部分的な効果はあったが、抜本的な問題の解決にはなっていない。将来に向けて介護保険制度の安定的な運営を図るためには、より根本的な対策を行う必要がある。

抜本的な対策としては、認定申請件数を減少させることが必要である。

認定申請は、新規申請者と更新申請者（区分変更申請含む）に分類できるが、ここでは、増加し続ける要介護認定者への対策として、更新申請者数の増加を抑制するために、一定の条件に該当する要介護認定者については、障害者手帳の認定と同様に要介護認定の「有効期限を廃止」することを提言する。

5. 「有効期間廃止」におけるメリットとデメリット及び留意点

(1) メリット

- ① 要介護認定の更新の必要がないため、申請件数を抑制することができる。
- ② その結果、要介護認定にかかる事務量や処理コストを抑制することができる。
- ③ 要介護認定の更新の必要がないため、利用者の負担を軽減することができる。
- ④ 状態が変化していないにもかかわらず認定結果が変更となった認定者への苦情処理が減少する。
- ⑤ 認定結果が持続される結果、利用者の介護保険制度に対する不信感を減少することができる。
- ⑥ 障害等で症状固定しており、加齢による状態悪化の可能性はあっても改善そのものがある者等への現実的対応が可能となる。また、今後、被保険者及び受給者の範囲の拡大がなされる制度改正を想定すると、身体障害者等が介護保険の対象となる場合には、これらの者への認定面での現実的対応が可能となる。

(2) デメリット及び留意点

- ① 利用者の状態が将来的に安定している（要介護度の変更が想定されにくい）利用者を特定する条件が必要となる。
- ② 例外的に利用者の状態が軽度に変更した場合の適切な対応策を検討する必要がある。
- ③ 有効期限廃止者に対して、要介護認定申請と連動している保険料滞納の給付制限手続きを別途検討する必要がある。

6. 「有効期限廃止」の対象条件

上記「(2)デメリット及び留意点」の①への対応として、有効期限廃止の対象となる条件は、「将来的に要介護度の軽度化が見込まれない利用者」とする。

有効期限廃止を採用したとしても区分変更申請の手続きがあるため、要介護度の重度化への対応はできる。従って軽度化が見込まれない利用者の選定方法が重要となる。すなわち、障害者手帳の取得と同様、症状固定している状態を想定することが妥当であると考えられる。具体的な要件としては、以下のものが考えられる。

- (1) 要介護4～5の重度者で、現有効期限が2年である等、状態の安定している認定者【状態的要件】
- (2) 状態が良くなる見込みの少ない後期高齢者で、現有効期限が2年である等、状態の安定している認定者【年齢的要件】
- (3) 第2号被保険者、前期高齢者においても状態の良くなる可能性の少ない進行性の難病患者（特に神経性難病等）【疾病要件】

7. 「有効期限廃止」に対する今後の課題

要介護認定の有効期限を無制限とした場合、例外的に利用者の状態が軽度に変更した場合の適切な対応策を検討する必要がある。これについては、居宅介護支援や介護予防支援、施設等でのケアマネジメントの仕組みに軽度化が見込まれた場合の申請手続きの義務化や職権変更認定の運用方法の具体化などが考えられる。また、施設利用者については、軽度となることにより利用者負担額が減少することにもなるため、利用者への周知に努めることなども必要であろう。

また、要介護認定の有効期限を無制限とした場合、保険料滞納者に対する給付制限実施方法を別途検討する必要がある。これについては、たとえば、被保険者証に1年から2年の有効期限を設け、その更新時期に合わせて給付制限を加えることなどが考えられる。

8. 認定申請件数減少に向けたその他の取り組み

その他、認定申請件数の増加を抑制する方策としては、軽度要介護者のサービス未利用者の更新申請や新規申請者への取り組みも検討する必要がある。

要介護認定者のサービス利用状況を見てみると、未利用者の増加が窺える。重度な認定者は医療機関への入院により、介護を必要とする状態であっても結果的に介護サービスを利用していない場合がある。しかし軽度な認定者は住宅改修や福祉用具の購入のみを行い、あとは本人や家族で何とかしている場合が多く、軽度認定者の増加とともに、未利用者数も増加

している。これらの対象者については、更新申請を極力抑制する方策も必要とされる。そのためには、更新勧奨を行う際に更新申請の必要性を再検討してもらうための啓発にも取り組むことも考えられる。ただし、このたびの制度改正で、これまでとは異なり、軽度な高齢者が申請から結果が出るまでの間に暫定的にサービスを利用しづらくなったことや、介護度が重くならないよう、予防サービスを積極的に利用してもらうことも必要であること等を鑑みると、現段階で介護サービスを利用していない方に対して申請の抑制を行うことが良いとは一概に言えない。

次に、新規申請者数の抑制は、やはり介護予防への取り組みが極めて重要であるが、それ以上の効果的な方策を見出すのは困難である。窓口で申請の必要性のない方に対して地道な説得を行うとともに、医師との連携強化により必要な方の精査を行うなど様々な方面からの取り組みが求められる。

9. その他の認定システムに関する提案

上記で提言をした、要介護認定における「有効期限を廃止」の他にも、認定システムに関しては種々の課題、問題点がある。

社会保障審議会介護保険部会の最終報告（平成16年7月30日）においては、「介護認定審査会の在り方等の見直し」の懸案事項について、「審査判定の効率化を図りつつ、適切なケアマネジメントが行われるよう、現在は十分に活用されていない審査判定対象者の療養に関する意見やサービス利用者に関する意見を付与する機能を強化していく必要がある」とし、及び「一次判定の精度向上を図りつつ、二次判定について例えば一部の事例については審査判定を簡略化する」などを課題として披露したが、「将来的な課題」として先送りした。

審査判定については、同じ介護度で維持してきた重度者であれば、一次判定で同様の結果となった場合には、二次判定をすることなく、これを省略し、簡略化することで審査判定の効率化を図ることが求められる。一方、認定審査会の機能を強化する観点から、現行の「意見付与」の機能を実質化し、審査の重点としていくようなシステムを構築すべきである。

一次判定の精度の問題については、現行のコンピュータによる一次判定システムは、介護保険制度創設前の老人福祉療養型の施設に入所・入院していた4,500人を対象とした調査で得られた「1分間タイムスタディ・データ」を基に「要介護認定基準時間」を推計できるよう設定したシステムである。介護保険制度が運用され、在宅サービスが急増し、介護技術やケアマネジメントシステムが進化、発展するという新たな環境の下で、現行の一次判定の有効性が問われる。少なくとも、制度改正が行われる時点で、検証をし、精度の高いシステムを構築することが求められる。このことは審査判定の効率化に資するものでもあると考える。

第2. 総合的介護予防システムのあり方

今回の介護保険制度改革は、「2015年の高齢者介護のあり方」あるいは「2015年の将来像」をキーワードに、そこに至る道程を探るという形で進められ、その結果、「介護予防システムの重視」を最重視したのである。

しかし、それは、巷間言われているように、「2015年には人口の4人に1人以上が高齢者となる」こと、及び、このままでは介護給付費が増大して介護保険制度そのものの持続が危うくなることを理由として「介護給付費を抑えるために要介護者を減らす」ことが目的ではない。もちろん、副次的にはそういう効果もあるだろうが、それが主目的では決していない。

介護予防の主目的は、「人口の4人に1人以上を占めることになる高齢者が、いつまでも元気に、自立していきいきと生活できるようにすること」、あるいは「なるべく住み慣れた家で、地域で、これまでと同じように暮らせるようにすること」である。

介護保険制度のメリットは、多様な事業者の参入によってサービス提供体制が確保されること、一方で、利用者が自由にサービスを選択できることである。ただ、制度の趣旨である「自立支援」は、「適切なケアマネジメント」によりこれを確保するという仕組みとなっていた。今回、介護保険法の基本理念である自立支援の趣旨の徹底ということで、介護予防システムが導入されたのである。

1. 現行の予防重視型システム（制度枠）の問題点及び課題

(1) 総論

法制度上の枠組みとしては、

- ① システム面では、地域支援事業（介護予防事業）制度、地域包括支援センター（介護予防マネジメント）制度を設定。財政制度面では、介護保険料を財源とした枠組みを新たに構築した。

また、財源を保険料とする仕組みとセットで、その保険料設定の仕組みにおいて、予防効果を反映させる仕組みを構築した（予防効果の度合いによって、介護保険財政の適正化の尺度が図られるという仕組み）。

- ② 規制面では、予防給付に係る新たな運営等基準及び費用算定基準を設定した。

しかしながら、「走りながら考える」という、介護保険制度創設時と同じ轍を踏む形で、次の制度改正への期待を包含しながらの制度運用となっている。こうした事態は、制度運用時においては、制度のモラルハザードを生みかねない。

(2) 各論1「介護予防の総合性の欠落」

現行の介護予防システムは、対象者によって提供主体及び事業内容が異なっている。

要支援に至らない特定高齢者に対しては、市町村を提供主体とする地域支援事業が実施される。その内容は、筋力トレーニングを中心としたものになっている。

要支援者に対しては、介護保険給付として、サービス事業者からサービス提供される。内容については、後述するとおり、要介護者に対するサービス内容と変わらないものになっている。

要介護者に対しては、サービス事業者から介護給付が実施される。

このように、現行のシステムでは、利用者の状態が変わるごとに提供主体も内容も異なるサービスが実施され、連続性、総合性のないものになっている。

(3) 各論2「介護予防マネジメントのあり方」

○ 地域包括支援センター及び介護予防支援事業所の体制の脆弱性

介護予防マネジメントは、地域包括支援センター及び二枚看板として同センターのもう一つの顔である介護予防支援事業者が担うことになっている。このため、地域包括支援センターが抱える対象者は膨大になっている。

介護予防支援事業者として作成する、要支援者のプラン作成は、居宅介護支援事業所に委託できているが、最終的なプランは介護予防支援事業者として責任を負う。また、特定高齢者に係る介護予防マネジメントは、委託ではなく地域包括支援センターが担っている。一人ひとりにきめ細かなマネジメントを実施するという点では、体制的には脆弱な状態である。

そもそも地域包括支援センターは、介護予防マネジメント以外にも、総合相談支援事業・権利擁護事業、包括的・継続的マネジメント事業の包括的支援事業の実施主体となっている。そして、これらの事業こそ、介護保険制度の下で、市町村（行政）が責任を持って実施しなければならないものであり、それゆえ、地域包括支援センターの本来の業務である。

(4) 各論3「予防給付に係る供給基盤体制の脆弱性」

介護保険の予防給付は、その供給体制が整備されないまま出発した。当初の制度見直しでメインとして打ち出された「新予防給付」は、実際には、これまでの介護給付の各サービスに、サービス内容の具体的な検討が不十分で、「介護予防」の冠を付与し（「介護予防訪問入浴介護」とはいったいどのようなものか具体的に思い描けるだろうか）、介護報酬の包括化手法により軽度者へのサービス提供量の抑制を図り、更には福祉用具貸与にみられるように給付制限をかけ、全体として軽度者に係る費用の抑制を図るものとなっている。

具体的には、新予防給付として登場が期待された、「運動機能向上」「口腔機能向上」「栄養改善」については、通所系サービスにおける「加算」として位置づけられ、当該加算の採用は事業者の裁量とされている。さらに、当該加算は、単位数が低く、かつ人員基準上においても特段の規制措置は採られておらず、新予防給付としての実態性に欠けるものとなった（マネジメントについては一定の規制措置が講じられている）。

例えば、通所系サービスにおいては、予防部分の加算単位数が非常に少なく、旧のアクティビティでも認められる形となり、アクティビティ加算の選択の方が、事業者にとって優位に働くという問題点も生じている（予防給付提供へのインセンティブが弱い）。

こうしたことから、予防給付について、第3期事業運営期間における3年間の効果には疑問が大きい。

この点では、地域支援事業での介護予防事業の方が、市町村事業として実施されるため、予防効果が期待できる。ただし市町村格差は大きいと見込まれる。

【補論】

以上の状況により、次回の制度改正においては、要支援の介護保険給付は、これを廃止し、地域支援事業にシフトするという論調も出始めてきている。つまり、第3期事業運営期間においては、軽度者のサービス利用の抑制を図り、「自立支援のため、及び介護予防に資する真に必要なサービス」にまでサービス提供を削ぎ落として、次期の見直しにおいて、保険給付から外して、予防事業にシフトしていく。第3期は、軽度者への保険利用制限（将来的には給付提供除外化）の周知期間とするという考え方である。

地域包括支援センターの機能は、地域支援事業のうち、包括的支援事業を担う機能と、介護予防支援事業所としての機能の二つの機能を保持している。これを「介護予防」の点から整理し直すと、地域包括支援センターは、包括的支援事業のうち、介護予防（事業）マネジメント機能と、介護予防支援機能を一体的に実施して総合的介護予防マネジメント（介護予防ケアマネジメント）を実施するという枠組みとなっている。言い換えれば、特定高齢者と要支援者という、軽度者のマネジメントは、従来の居宅介護支援事業者と切り離して、地域包括支援センターに一手に担わせているということである。

この枠組みを俯瞰すると、要支援者に対する予防給付を、将来的には保険給付から除外するプランの伏線として暫定的に立案されたものとも読み取れる制度設計構造である。

2. 総合的介護予防システムの枠組みの今後のあり方

(1) 総 論

社会保険制度として介護制度を持続していくために、介護予防がクローズアップされたのは、制度施行後、軽度の利用者が増大していること、今後は、団塊の世代が高齢者となり、人口に占める割合及び高齢者像が大きく変わることにある。

もう一度繰り返すが、介護予防の目的は、「人口の4人に1人以上を占めることになる高齢者が、いつまでも元気に、自立していきいきと生活できるようにすること」、あるいは「なるべく住み慣れた家で、地域で、これまでと同じように暮らせるようにすること」である。

それならば、そのために必要なことは何か。それは、

- 今元気な人はいつまでも元気なままでいられるようにする
- 今介護や支援が必要な状態になりかけている人（特定高齢者）や、いくらかの支援を受けて通常の生活ができていない人（要支援者などの軽度者）は、状態を改善して、支援が必要ないようにする
- 今ある程度の介護が必要な中重度の要介護者も、その人の持てる能力を伸ばして、できる限りの状態改善を図る

という、すべての状態像の高齢者に対して、それぞれのレベルに合った、きめ細かなマネジメントに基づいた、連続的で実効ある予防システムである。

そのため、次のとおり「総合的介護予防システムの枠組み」を提案する。

- ① 特定高齢者及び要支援者の介護予防ケアマネジメントは、指定居宅介護支援事業所が

実施する介護（予防）支援（マネジメント）に統合、再編する。

- ② 介護予防に資するサービスメニューを特定し、「予防給付対象サービス」を創設する。
- ③ 特定高齢者への現行の介護予防事業（市町村事業）は、予防給付対象サービスとして指定介護予防事業所が実施する保険給付で対応する。
- ④ 予防給付対象サービスは、特定高齢者及び要支援・要介護者のそれぞれの状態、介護度に応じて受給できるようにする。併せて、要支援以上には、それぞれの状態、介護度に応じて介護給付が受給できるようにする。
- ⑤ 現行の、特定高齢者の選定及び要支援以上の認定システムについては、両者の整合性を図り、基本チェックリストにより特定高齢者以上を選定し、この者が認定を受けた場合に、要支援以上（介護給付の対象）とする仕組みとすることを提起する。
- ⑥ 一方、地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援業務を担わず、本来業務である総合相談支援事業・権利擁護事業、包括的・継続的マネジメント事業を実施するための機関と位置づけるべきである。

補論に挙げた軽度者の保険給付外しの方策は採るべきではない。保険事故率がもともと低く、受益と負担の関係が医療保険と比して弱い短期保険としての性格が強い（「掛け捨て性が強い」）介護保険制度を維持するために、当初設計した軽度者への保険給付の枠組みは基本的には維持すべきである。

(2) 各論 1 「特定高齢者及び要支援者の介護（予防）支援の在り方」

ケアマネジメントの連続性を維持するため、特定高齢者及び要支援者の介護予防ケアマネジメントは、要介護者と同様に、指定居宅介護支援事業所が実施する介護（予防）支援（ケアマネジメント）に統合、再編することを提起する。

軽度者（要支援者）のケアマネジメントは、制度改正前までは指定居宅介護支援事業所が担っており、これにより、自立支援の観点から不適切な介護支援となり、予防効果が期待できなかったことの反省から、今回の制度改正において、市町村が行う介護予防支援として整理され、ケアマネジメントの実施及び責任主体は、「民間から行政」へとシフトした。

介護保険制度の創設によって、利用者の選択の尊重を制度創設の趣旨の一つとし、これを確保するため「民間活力の活用」として、民間事業者や非営利組織等の多様な供給主体の参入により、サービスの幅を広げ、費用の効率化を図るという改革を成し遂げた。その意味では、今回の改正は、制度の趣旨の大転換を図ったものであり、制度の目的の方針変更とも言える。

また、「民間に任せていたから、適切なケアマネジメントが実施できず、及び自立支援及び介護予防に資するに不十分」とする結論は、拙速であり、行政の関与の仕組みを強めることにより適正なケアマネジメントが確保されるものと考ええる。

特定高齢者の介護予防ケアマネジメントについては、軽度者のケアマネジメントの総合性の確保の観点から、地域包括支援センターではなく、指定介護支援事業所において責任

を負うケアマネジメントシステムとすべきである。制度創設後6年間の指定介護支援事業所におけるケアマネジメントに係る財産、資源を有効に活用することが必要であり、ケアマネジメントの効率化も図られる。当然、適切なケアマネジメントを確保する法令上の対応は前提条件となる。

(3) 各論2「予防給付対象サービスの保険給付の特定化」

介護予防に資するサービスメニューを特定し、「予防給付対象サービス」を創設することを提起する。

現行の「各介護サービス種類への〔介護予防〕冠付与」、及び「新予防給付⇒加算算定」方式は廃止する。

予防給付対象サービスとしては、現行、予防及び介護サービスで加算対応としているものを「運動機能向上サービス」、「口腔機能向上サービス」、「栄養改善サービス」などと個別に予防給付の対象サービスとする。また、「認知症予防」、「うつ・閉じこもり予防」などについては、予防給付対象サービスとして設定できるように検討するとともに、市町村事業として実施することを含めて検討する。

(4) 各論3「特定高齢者への介護保険給付化」

介護予防サービス提供の総合性を確保するため、特定高齢者への現行の介護予防事業（市町村事業）は、予防給付対象サービスとして指定介護予防事業所が実施する保険給付で対応することを提起する。

現行制度では、介護予防のサービス提供体制において、特定高齢者と要支援者において実施主体が分離しているため、これを指定介護予防事業所が担うものとして統一するシステムを構築する。なお、この場合、指定介護予防事業所は、法令等の規定により予防給付対象サービスの実施が可能な事業所として指定を受けた事業所とする。

なお、予防給付対象サービスは、特定高齢者及び要支援・要介護者のそれぞれの状態、介護度に応じて受給できるようにする。

(5) 各論4「要介護者に対する予防給付」

要介護者に対しては、その状態及び介護度に応じた予防給付対象サービスの受給が必要である。

(6) 各論5「要支援者に対する介護給付」

要支援者に対しては、現行、予防給付サービスが提供される仕組みとなっている。現に訪問介護の生活援助などの支援を受けつつ生活している要支援者に対し、「予防効果」のみに着目して給付を制限することは、逆に居宅での自立した生活を損なうことになるおそれがあるため、要支援者に対しても、自立支援に資する介護給付対象サービスが提供できるようにする（内容的には現行の訪問介護などと同様。要支援者に対して現行のようにその給付を制限するのではなく、必要な給付は確保するということ）。

(7) 各論6「特定高齢者以上及び要支援以上の選定方法」

特定高齢者に対し保険給付を行う根拠としての「25項目の基本チェックリスト活用シス

テム」については、要介護・要支援認定システムとの整合性を図り、再構築することを提起する。

基本チェックリスト活用システムは、予防給付が必要かどうかのスクリーニング手段とする。現行の要介護認定は、介護給付が必要かどうかのスクリーニング手段とし、いわば二段階の認定を行うものとして、いずれかの認定でスクリーニングされた者への給付は介護保険給付とする。

(8) 各論7「介護予防のインセンティブ作用の仕組み」

利用者の状態改善が介護報酬に反映されるなど、居宅介護支援事業者や介護サービス業者に、介護予防へのインセンティブが働く仕組みを作る。

以上のことを図式化すると、別紙のとおりとなる。

別紙

	一般高齢者	特定高齢者	要 支 援 者	要 介 護 者
ケアマネジメント	実施しない	実施 ○実施主体：指定居宅介護支援事業所		
予 防 給 付 (予防メニュー)	実施しない	実施 ○実施主体：指定介護予防事業所 ○給付内容 ・運動機能向上給付、口腔機能向上給付、栄養改善給付 ・認知症予防給付、うつ閉じこもり予防給付（検討）		
予 防 給 付 (介護メニュー)	実施しない	実施 ○実施主体：指定介護支援事業所 ○給付内容：現行の給付内容と同等		

スクーリングは要介護認定

スクリーニングは基本チェックリスト及び介護予防健診

第3. 療養病床の見直しの課題

1. 再編の趣旨

今後、本格化する療養病床の再編成を踏まえ、地域の受け皿づくりを含め、将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められている。

このような取り組みについては、都道府県では「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」の3つの計画に関連するなど、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局との密接な連携が重要となってくる。

このため、上記の取り組みを推進する観点から、

- ① 国において、地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針（仮称）」を策定するとともに
- ② 平成19年7月夏を目処に、都道府県における「地域ケア整備構想（仮称）」の策定を求めている。

2. 国の「地域ケア整備指針（仮称）」について

国において、地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針（仮称）」を策定する。

- ① 地域ケア体制の整備の基本方針
- ② 地域のサービスのニーズ・利用見込の設定について
- ③ 療養病床の転換について
- ④ 各計画への反映について

3. 都道府県の「地域ケア整備構想（仮称）」について

都道府県は、国の「地域ケア整備指針（仮称）」等を踏まえ、以下の事項を主な内容とする「地域ケア整備構想（仮称）」を作成する必要がある。

- ① 地域ケア体制の整備の方針
- ② 地域のサービスニーズについて
- ③ 各サービスの利用見込について
- ④ 療養病床の転換について

4. 療養病床の転換

療養病床は医療制度改革法において、医療と介護保険併せて38万床のうち、平成23年度までに介護保険分23万床を廃止することとしている。削減される23万床は、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、ケアハウス、有料老人ホーム等に転換される。

5. 今後の展開

介護保険サービスにおいては、居宅介護サービスが重視されはじめており、比較的高額な費用を要する施設介護を提供するよりは、むしろできるだけ高齢者の方々が居宅で生活できるよう居宅サービスの充実を図る必要がある。

一方で、施設介護は公的介護と私費介護の二本立ての介護サービス構造が生まれてくると思われる。

公的介護では要介護者に対しできる限り居宅介護サービスでの対応を検討し、施設介護サービスは重度の要介護者に集中して提供する。また、私費負担をしてでも施設介護サービスを希望する要介護者には、介護付高齢者住宅や有料老人ホームへの入居等の民間介護施設のサービスの選択の余地を残すことも必要である。

6. 問題点

医療療養病床だけを存続させるという再編成の計画となっているが、介護保険事業計画ではすでに介護保険サービスの施設整備見込数を定めているため、介護療養病床を介護施設に

転換できない事例が発生する可能性がある。また、財政安定化基金の貸付を受ける保険者も増加しており、転換に伴い介護施設給付費が増加し、さらに財源を圧迫することが懸念される。

7. 解決すべき課題等

今回の療養病床の見直しでは、医療行為が少ない等の理由により再編成を行うものだが、現状では要介護4、5の方が大半を占めており在宅復帰が可能であるか疑問である。

また、転換された施設においても、

- ① 介護老人福祉施設では医療行為が行えない。
- ② 介護老人保健施設では長期の入所ができない。
- ③ ケアハウス、養護老人ホーム等の対象者とは考えにくい。

等、数々の問題点がある。

これらにあわせ、重度要介護者の長期の医療機関への入院も一定の範囲で認めざるを得ないものとする。

以上のように、療養病床の再編成については、解決すべき課題が相当程度存在する。今後、「地域ケア整備構想」を作成するに当たっては、地域の実情に応じたきめ細やかな対応が必要になってくる。特に、療養病床の利用（入院）者が、適切なサービスを受けられなくなるような事態を避けるためにも、具体的な対応には、都道府県、市町村、そして療養病床の病院との連携を緊密に図るとともに、入院者の具体的な状況把握等を行っていく必要がある。

第4. 家族介護における私的ヘルパーと現金給付について

1. はじめに

日本の介護保険制度に多大な影響力を与えたものに、OECD（経済協力開発機構）諸国の介護制度がある。

OECDとは、民主主義を原則とする30ヶ国の先進諸国が集まる唯一の国際機関で、世界的な観点に立って経済・環境・介護問題に取り組み、各国政府の新たな状況への対応を支援している。

加盟国のうちの19ヶ国（オーストラリア・オーストリア・カナダ・ドイツ・ハンガリー・アイルランド・日本・韓国・ルクセンブルグ・オランダ・ニュージーランド・ノルウェー・メキシコ・ポーランド・スペイン・スウェーデン・スイス・英国・米国）は、2040年には4人に1人が65歳以上になると見込まれ、スイス・日本では、現在の人口増加率が継続した場合、3人に1人が65歳以上の高齢者になると予想されている。

高齢化問題は、単に日本だけの問題ではなく、世界的にも大きな課題となっている。

図1 各国の高齢化に関する指標

	65歳以上の人口割合(%)			
	1900年	1950年	2000年	2040年
ドイツ	4.88	9.72	16.35	30.92
日本	5.49	4.94	17.46	33.23
スウェーデン	8.37	10.25	17.42	29.93
アメリカ	4.07	8.26	12.30	21.00

高齢化社会における高額な介護費用、高齢者の介護ニーズへの対応等、さまざまなことがOECD諸国では研究されている。例えば、近年、すべてのOECD諸国では、介護福祉施設よりも、できる限り自宅において、障害を持つ高齢者に総合的な介護支援をするという政策方針に同意している。

その影響で、日本においても近年、地域密着型の在宅介護に重点を置くように方向転換した。今後も介護保険制度の長期存続のためには、諸外国の長所は参考にするべきだと思われる。

2. 日本の介護保険法制定までの経緯

1970年代頃までは、老人福祉サービスの利用者は低所得者中心に限られていた。その理由に挙げられるのは、この時代において65歳以上の高齢者は7割位が子供世代と同居しており、高齢者の世話は家族の仕事と認識されていたからである。老後を老人福祉施設で過ごすことは本人及び家族においても抵抗感があり、在宅で手に負えなくなった時点で医療機関に入院するのが一般的であった。平均寿命の伸びにより多くの人々が80歳時代を迎えられるようになると、寝たきりや認知症になる可能性が誰にでも出てきた。一方で、高齢者の家族との同居率は、2000年には約5割にまで落ち込んだ。

それにより、高齢者のみの世帯や独居世帯が増加し、高齢者の介護問題が重要な社会的関心事になってきた。そこで施設整備だけでなく、住み慣れた地域での生活を支援するため在宅福祉施策の充実が図られるようになった。同年4月、我が国においては、OECD諸国の介護保険制度を参考にし、独自の政策を開始させた。

日本の介護保険制度の中で、家族介護については、家族が同居する高齢者を介護する家族介護や、その家族へ報酬を支給する現金給付は、介護の社会化という制度本来の主旨に反しているということで原則として認められていない。

訪問介護、訪問看護においては、同居家族に対するサービス提供を禁止している。ただし、訪問介護については、基準該当サービスとして、サービス確保が極めて困難な地域などで、限定条件付きで特例的に同居の家族に対するサービス提供を認めている。

3. 提言の背景

(1) 我が国における現金給付をめぐる論議

介護保険制度発足の当初から、家族介護の現金給付は問題にされてきた。その後、社会保障審議会介護保険部会の最終報告（平成16年7月30日）においては、「家族支援と現金給付について」の懸案事項について、「制度設計時に論議となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れてきている」とし、及び「現金給付を導入した場合には、介護費用はさらに大きく増大するおそれがあることから、財政的な面からも現金給付に対する消極的な意見が強まっている」とし、事実上、現金給付の取扱いについては、これを退ける結論としている。

(2) 諸外国の例

しかし、介護も長期になると高齢者及び家族にとって経済的に厳しいものとなるのは事実である。これに対し、OECD諸国の多くの国では、私的ヘルパーという制度を使用することにより家族に現金給付を行っている。これは現金給付により自分の身内を私的ヘルパーとして雇えるものである。

また、日本のホームヘルパー数は、厚生労働省によると2010年で56万人が見込まれているが、これはスウェーデンのヘルパー充足率の半分程度にしか当たらず、この点からも私的ヘルパーの必要性の検討が求められる。

図2 OECD諸国利用者主体型介護、及び私的介護への支払い

国	内 容	親戚雇用の可否	月 額	65歳以上の高齢者介護受給者の割合
英 国	介護を必要とする高齢者は直接支払いを選択することができる。	できる。但し、同居していない場合に限る。	必要と評価されたサービスの純費用と同額。	0.04%
オ ラ ン ダ	機関の提供する介護ヘルパーの直接雇用。器具や私的介護を現金で購入することが出来る。	同居していない親戚に限る。	公的支出が前提利用者負担額から15・20%差し引いた金額と同等。	0.8%
ノルウェー	親戚による介護に支払い可能。通常、週3-10時間。	できる。	労働時間に対し自給換算。公的機関のヘルパーの時間給を用いる。	0.3%
スウェーデン	介護の提供者は公的機関に雇われる形になる。	できる。但し65歳未満に限る。	公的機関のヘルパーと同等。	0.1%
ア メ リ カ	個人的な生活支援のためにヘルパーを雇い監督指示出来る。	親戚は対象となるが配偶者は対象外。	支払額はプログラムより様々。	0.5%

(3) 家族機能の変化と高齢介護

① 家族介護の減少

かつては3世代家族が1軒の家に暮らすことは珍しいことではなかった。家族は家族構成員の生活を保護し、精神的安定をもたらすという役割を持っていた。戦後、家族に対する考え方が変化し、また女性の社会進出、住宅事情、出生児数の減少により家族扶養が減少した。

② 居宅介護におけるヘルパーの役割

高齢者が住み慣れた地域で住み続けるためには、彼らが出来ない部分を補佐するヘルパーの存在が欠かせない。家族介護が得られにくい現在、高齢者を介護するヘルパーの役割は重要である。しかし、仕事の割に報われないことも多く離職者が多い。

③ 家族負担について

高齢者を抱える家族のなかには、介護のために離職する場合がある。それが長期になった場合家計の負担は増大する。

4. 「私的ヘルパーの創設」についての提言

OECD加盟国においては、親戚や友人を私的ヘルパーにする制度があり、高齢者に利用されている。日本においてはまだこの制度は存在せず、日本においても高齢者が私的ヘルパー制度を使用できるよう導入することを提言する。

OECD諸国の大半は、居宅介護利用者に介護の選択を認める現金給付プログラムが開発されている。これらのプログラムは様々な形態で出来上がっており、利用者主体によるヘルパーの雇用がある。日本においても、介護における利用者の主体性の確保及び選択性の幅の拡大のため、高齢者は身近な人を私的ヘルパーにすることにより、在宅介護を受けながら地域で長く住み続けられるのではないだろうか。私的ヘルパーが一つの選択肢になればと考える。

(1) 現行ヘルパーによる問題点を解決するための私的ヘルパー制度の導入

- ① 大手事業所においては、利益追求のため生活援助よりも評価の高い身体介護を選んで選択するケースもあり、本人の状態に合っているとは限らない。
- ② ヘルパーは離職率が高いため、人材不足になりやすい。
- ③ 認知症の高齢者にとって、まったく見知らぬヘルパーの介護では不安感を持つ場合があり症状が悪化しかねない。
- ④ 長期離職している介護者は、経済的な負担を強いられる。

以上①～④の問題を解決するため私的ヘルパーが考えられる。

(2) 私的ヘルパーの効用

- ① 私的ヘルパーでは、範囲を超えたことも出来る。
- ② 私的ヘルパーを認めることにより、ヘルパー数の増加につながる。
- ③ 認知症の高齢者にとって、私的ヘルパーは不安感が少なく症状が悪化しにくい。
- ④ 私的ヘルパー導入により、現金給付が行われ経済的負担が緩和される。

(3) 私的ヘルパー制度の課題

私的ヘルパー制度を導入するに当たっては、次のような課題が考えられる。

- ① 介護に対する知識や技術を習得する必要があるものとする。
- ② ケアマネジャーのプランに沿ってサービスを行う。
- ③ 私的ヘルパーのサービスは、上限を設ける必要がある。

(参考文献)

鬼崎 信好・増田 雅暢・伊奈川 秀和編著『世界の介護事情』中央法規、2002年
OECD著 浅野 信久翻訳『高齢者介護』新社会システム総合研究所、2006年



介護保険制度と社会保障制度 先進地視察報告

愛知県高浜市

視 察 日 時	平成18年9月28日（木） 午後1時～午後3時まで
視 察 先	視察場所：愛知県高浜市いきいき元気広場 住 所：愛知県高浜市春日町5丁目165番地 最 寄 駅：三河高浜駅 対 応 者：鈴木 信之 氏（高浜市役所介護保険グループ）
視 察 者	宇佐美 恵子（豊中市高齢介護課） 清水 一二三（柏原市高齢介護課）

【視 察 目 的】

高浜市では、福祉・健康づくり・生涯学習といった各々の分野を結びつけサービスを提供し、新たなまちづくりを展開している。これらの取り組みから行政としてのネットワークのあり方や市民との協働について考える。

【視察内容及び質問事項】

- ① 「いきいき広場」の取り組みとそのきっかけについて
- ② 宅老所の取り組みと課題
- ③ 人材発掘の実際
- ④ 地域内分権委員会について
- ⑤ やさしいまちづくり事業補助金制度とその利用状況

【視 察 結 果】

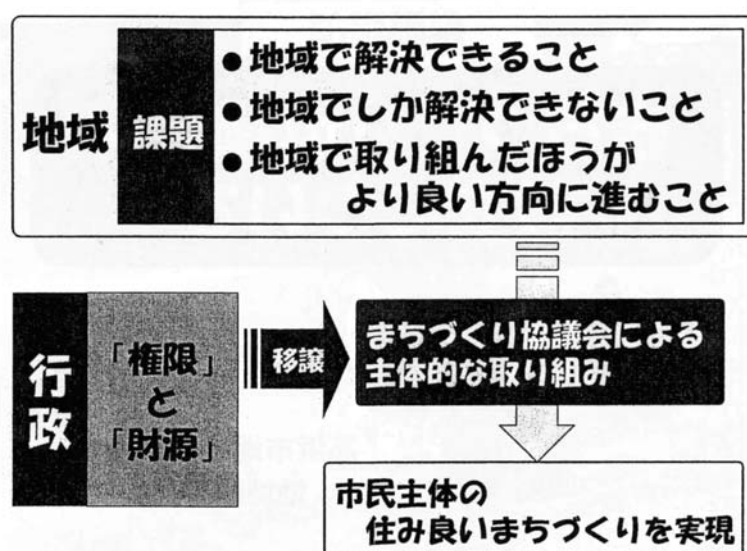
- ① 「いきいき広場」は、総合窓口、出張所、市の地域福祉や保健福祉、介護保険といった行政窓口、社会福祉協議会、地域包括支援センターをはじめ「介護・福祉機器ショールーム」や「マシンスタジオ」も併設されている。旅行代理店のように、ひとつの窓口で福祉に関する相談や手続き、健康づくりまでワンフロアで行えるようにという発想から生まれた。また、ひとつのフロアに福祉に関連する期間と様々な職種が配属されることで、地域の多様な相談に応じることができ、きめ細やかな市民サービスを提供している。

また、もう一つの特色は、行政や社会福祉協議会だけでなく、日本福祉大学と共同して事業を進めるという官学の取り組みである。高浜市が介護・福祉機器ショールームの運営を日本福祉大学関連会社に委託し、同大学がフロアを利用してまちづくり事業を企画している。第3者が間に入ることで、こうした福祉機器の相談から販売といった行政では行いにくいサービスの実施や新しい事業の試みが可能になりよりサービス提供の幅が広がっている。

- ② 市民を巻き込んだ形の地域型「宅老所」が市内5箇所ある。高浜市が「介護予防拠点整備

事業費補助金」を用いて既存の施設を改修し、市から受託した社会福祉協議会が地域の様々なボランティアグループの協力を得ながら運営するという形をとっている。運営の際にボランティアの自主性を尊重することで、より地域性が生かされ、高齢者の見守りを行う宅老所という本来の機能だけでなく、利用者として、あるいはスタッフとして地域の誰もが交流できる場とした活用されている。

- ③ 人材の発掘に関して、多様な実施主体による公共サービスを提供することで、地域住民に社会貢献の場、生きがい作りの場を与えることは、高浜市の住民互助型活動組織「高浜市南部まちづくり協議会」においても試みられている。平成17年に発足し、地元の既存組織の代表が集まって作られたこうした新たなコミュニティが、市からの財源を得て地域の課題を地域で解決する主体的な取り組みを通して「市民主体の住みよいまちづくり」を実現している。しかし、協議会発足の黒子となったのは、市の担当職員や社会福祉協議会の現場主義の活動である。そのベースは、小中学生から高齢者までが参加した「地域福祉計画」の策定を通じた市民の主体性の育成が源といえる。



(出典：高浜市地域協働部地域政策グループ作成資料より)

- ④ 平成15年、16年の未来志向研究プロジェクト補助を財源として地域のことは地域で解決を理念として、財源や権限の委譲を進め地域の分権を進めた。2003年11月、特定地域として選定された港小学校区に、町内会やキッズクラブ、地元企業の代表など14人で構成される「地域内分権検討委員会」設置され、2004年度消防団、親父の会などの代表21人までに拡大した。
- ③の人材発掘のきっかけともなっている。
- ⑤ やさしいまちづくり事業補助金制度とは、高齢者や障害者にとって安全で利用しやすいように施設を整備する事業者、その費用の一部を補助する制度。市内に店舗（商店・理美容院、食堂など）を所有する者、これから建築する者に対し、玄関やその周辺、トイレ、洗面

所などの改修やエレベーターの設置、改修など整備するもの。対象となる経費の3分の1以内の額（補助金の限度枠は1施設年額30万円以内）を助成するものである。

【所 感】

みんなが住みよいまちづくりを目指すには、従来の縦割り行政ではなく各行政部署での連携と理解、協力が必要である。福祉保健担当部署だけでは限度がある。高浜市では、福祉部門や建築建設部門、保健部門、教育部門との連携が、役所全体での効率的事業の推進につながっていると思われる。

また、『行政職員みずからが現地現物を見ることが地域に応じた創意工夫される事業展開へとつながり、新しい考え方や地域づくりをより効率的に実施できるのではないか』と、言う現場実践者の言葉には、生の現場から展開される事業の成果を実感することができた。

今後、われわれの行政職員のあり方について、行政政策内部だけの連絡調整協力と現場との連携が重要であるのは勿論、地域の住民、経営を営む企業や大学などあらゆる機関が存在する現場に立った実践活動を行政職員自らが携わることが地域での協働事業を進める鍵になると考える。

福岡県北九州市

視 察 日 時	平成18年9月28日（木） 午後1時～午後5時まで
視 察 先	視察場所：① 北九州市保健福祉局 （総務部計画課・保健医療部健康推進課） ② 小倉北区役所生活支援課 統括支援センター 住 所：① 北九州市小倉北区城内1-1 ② 小倉北区大手町1-1 最 寄 駅：小倉駅 対 応 者：① 村上 真一係長 三角 順子主査 ② 一徳 仁係長 清田 啓子保健師
視 察 者	重村 吉則（八尾市高齢福祉課） 梶原 要一（枚方市高齢社会室） 三谷 優子（四條畷市高齢福祉課） 吉川 尚子（八尾市高齢福祉課）

【視 察 目 的】

高齢者が住みなれた地域での生活を継続していくために、今後ますます重要となってくる行政と地域・市民との協働、地域を含めたネットワークを構築していくにあたって、行政内部での連携の方法、またそれを基盤に、地域にどう働きかけ、それがどのように浸透しているかを知る。

【視察内容及び質問事項】

- ① 「北九州方式」における取り組みのきっかけ
- ② 行政内での連携の方法
- ③ 地域住民・市民への働きかけの方法と実際について
- ④ 現状においての課題など
- ⑤ 行政主導以外の地域活動について

【視 察 結 果】

- ① 「北九州方式」における取り組みのきっかけ

北九州市が「北九州方式」に取り組んだきっかけとして、以前北九州市は鉄鋼業が盛んに行われていたが、現在はその産業も低下し、若い方々は都会へ就労を求め離れていき、高齢者が残っているような状態となり、政令都市の中でも1番に高齢化率が高く、現在21.9%と全国平均よりも高い状況であり、そのため高齢者だけの世帯が60.3%（平成12年国勢調査）

と高く在宅生活支援の必要性が高いことより市民からの市政要望も「高齢者社会対策」が高く、取り組みをすることになった経緯がある。

② 行政内での連携の方法

北九州市では、もともと「高齢者プラン」がマスタープラン的役割を果たしており、トップダウン、また市民の要望を背景に、「高齢化社会対策」が全庁的に共通の認識として捉えられていた。

各計画の取りまとめ、情報の集約、マスタープランの作成は計画課が担い、各課に計画の進捗管理部門を置いている。したがって、事業担当課同士が直接やり取りするのではなく、計画課が全体の把握をできるような体制を取っているため、連携がスムーズにいられていると思われる。

現在、北九州市における地域包括支援センターの設置ヶ所数は市内24ヶ所。地域包括支援センターの設置場所は市民センターや出張所、区役所等。地域包括支援センターの統括的機関として統括支援センターが区レベルで7ヶ所設置されている。

北九州市における地域包括支援センターの特色

★ 北九州市～三層構造～を活かした仕組み

- ・地域包括支援センター（地域レベル） 統括支援センター（区レベル）
- ・保健福祉局（市レベル）の重層的な仕組み
- ・保健・医療・福祉・地域関係者とのさらなる連携による地域全体での高齢者支援

★ 公正・中立な体制での運営

- ・行政が責任主体として関わり（直営での運営）、公正・中立性を強化
- ・サービスとマネジメントの分離による公正・中立な運営
- ・「北九州市高齢者介護の質の向上委員会」による運営に対する評価や支援

★ 高齢者の尊厳・権利擁護を重視した体制

★ 地域の総力をあげた支援体制

★ より身近な地域でのネットワークづくり

★ ワンストップ相談と出前主義の徹底

★ 24時間365日あんしんの対応

③ 地域住民・市民への働きかけの方法と実際について

北九州市における「仕組みづくり」について、北九州市らしさを活かすためには、支援の必要な人を「地域で支える」そのための仕組みづくりとして、平成5年4月～北九州市高齢化社会対策総合計画が出され、三層構造の「地域福祉のネットワーク」づくり＝北九州方式となる。計画推進のための考え方として、3つのキーワード「総合化」、たらい回しにしない総合的なサービスの提供「市民本位」出前主義等による相談体制、「仕組みづくり」三層構造による地域福祉ネットワークづくりを掲げる。

市民の視点で変えてきた行政組織～市民をたらい回しにしない総合的なサービスの提供として、窓口の一本化として年長者相談コーナーを平成5年10月～全区役所に設置、保健師・

ケースワーカーを配置。平成6年4月には保健所と福祉事務所を統合し、保健福祉センターを設置。同10月には保健局と民生局を統合、保健福祉局となる。平成8年10月に1保健所7保健センター体制となり、旧保健所の機能を2つに分けて、対人保健サービス（検診・予防接種等）＝保健福祉センター、広域的・専門的業務（医療機関監視・感染症対策・食中毒）＝市内1ヶ所の保健所となる。平成11年には年長者相談コーナーの機能を拡充するため、作業療法士や理学療法士を配置し、総合相談コーナーに名称を変更、翌年4月には介護保険制度の導入に併せて総合相談コーナーの機能を強化し、保健福祉相談コーナーとして現在に至る。

北九州方式～三層構造の地域福祉のネットワークづくりとしては、各レベル＝小学校区を基本単位に、行政区レベルでバックアップ、それを市レベルでもバックアップする構造で拠点の整備をし、地域で支え合うための仕組みづくりを行った。地域福祉のネットワーク拠点施設として、地域では小学校区で市民センターを建設。ハード面は中学校区に設置されていた公民館を市民福祉センターへと変換、設置されていない小学校区は新設し、126ヶ所中半分は新設、建設費用として1施設当り1億7千万円程かったとのこと。市民センターは、当初高齢担当部署の管轄であったが、その機能の拡充にあわせ、現在は総務局（市民センター室）の管轄となっている。行政区レベルでは保健福祉センター、市レベルでは総合保健福祉センター・ウェルとばた（民間活動の拠点）でバックアップしている。

市民センターの運営は施設管理の総括は「館長」が行うが、日常的な施設の維持管理業務等は「まちづくり協議会」に委託。「まちづくり協議会」とは小学校区を基本として、自治会、婦人会、老人クラブ、校（地）区社会福祉協議会、民生・児童福祉委員、PTA、子供会などの地域団体が参加し、各構成団体が協働して様々な地域活動を行っている。センター新設の地域では「まちづくり協議会」の設置を前提としており、その運営を担うことに対して地域の同意を得ている。平成16年度には、その組織の充実をはかるとともに、各種の補助金を統合した「地域総括補助金」を導入し、地域で何に重点をおいて取り組んでいくか、特色を出しやすいような仕組みをつくっている。センターの運営費は、年間1,400～1,500万円程度。（人件費、光熱水費など）また、館長は市嘱託での採用で、地域での人間関係づくり、取りまとめに重要な役割を果たしており、その研修はまちづくり推進課が行っている。「まちづくり協議会」の運営のサポートとしては、必要に応じて行政保健師が関わったり、精神的な基盤づくりなどの役割を担っている。

また、市民センターは健康づくり事業の拠点ともなっている。その目的は、ライフステージに応じた健康づくりは北九州市の重要な課題であり、北九州市（三層構造）による取り組みの中で地域レベルである市民センターを拠点に、住民とともに話し合いながら住民主体による生涯を通じた健康づくりを一体的に推進していく。

期待される効果

（短期的）

- ・健康意識が高まる（生活習慣の改善）

- ・健康づくりグループによる自主活動の活発化
- ・地域での各機関の連携強化（役割の明確化）

（長期的）

- ・地域の健康度の上昇
- ・住民主体の健康づくりシステムの構築
- ・医療費の適正化

市民センターで行われているまちづくり協議会では、「この地域で元気で暮らすために」今なにが問題か？目指す姿はどのようなものか？を話し合い、できることから仲間を増やしながら実践する。取り組み例としては、ウォーキング・ラジオ体操・健康料理講座・健康学習会・検診率アップ運動・マップづくり等がある。目標は達成できたか？目指す姿に近づいたか？等を皆で話し合い実行・評価することを一つのサイクル（1サイクル2年間）とし、まちづくり協議会・医師会・歯科医師会・薬剤師会・食生活改善推進員・健康づくり推進員・保健師等が連携し、一人ひとりの健康の実現につながっていく。

④ 現状においての課題、今後の展開 など

地域包括支援センターの創設により、小学校区単位でのネットワークを包括単位でまとめていく横のつながりづくりが行われている。また、地域での健康づくりという切り口での取り組みも始まっている。

【所 感】

今回北九州市を視察して、もともと高齢化率が高く、市民からの高齢化対策への要望が強く、市民の意識・行政の意識も一緒になり、地域で支える仕組みづくりに取り組んでいき地域福祉のネットワークづくりが実現したのだろうと考える。縦割りの行政を計画課という構想を考える組織をつくり取りかかってきたことにより保健・福祉・民生が連携した計画が実行できた。我々の市でも行政の横のつながりを強化し、市民一人ひとりに地域福祉に対する関心を抱いてもらえるよう行政による啓発活動が最も重要になってくるだろう。又、地域に出向き実態を把握し、地域において長年作り上げてきたコミュニティーを整理・編成し市民が長く健康で暮らせる町作りをこれからも考える必要がある。

●●●●●●●● まどか小規模多機能型居宅介護事業所 ●●●●●●●●

視 察 日 時	平成18年9月29日（金） 午後1時～午後3時まで
視 察 先	視察場所：まどか小規模多機能型居宅介護事業所 住 所：愛知県額田郡幸田町菱池字荒田85番地 最 寄 駅：JR幸田駅 対 応 者：太田 二郎 氏（社会福祉法人 和敬会 特別養護老人ホーム まどかの郷 施設長）
視 察 者	清水 一二三（柏原市高齢介護課） 宇佐美 恵子（豊中市高齢介護課）

【視 察 目 的】

既に運営を開始した小規模多機能型居宅介護事業所に、認知症高齢者にとって住み慣れた地域での生活を継続するための介護サービスの1つとして工夫した点や今後の課題を視察し、行政の役割について考える。

【視察内容及び質問事項】

- ① 利用状況（要介護度、利用頻度等）
- ② 運営状況（スタッフ体制）
- ③ 運営推進会議の状況（メンバー）
- ④ 地域ケアネットワークの状況
- ⑤ 認知症高齢者がなじみやすいように工夫している点
- ⑥ 運営上の課題について

【視 察 結 果】

① 利 用 状 況

利用人数は8名。（要支援1・2・要介護1・要介護2）うち2名は同じ建物内の賃貸マンションの住民。利用頻度は多い人で週2回。

② 運 営 状 況

まどか小規模多機能事業所は、地元の土地所有者がマンションを建てたうち1階を借上げ、小規模多機能型事業所として整備して平成18年4月1日指定を受けた。2～4階は1ルームタイプの集合住宅（51室）となっている。借地借上げによって初度設備投資を抑え、最大のリスクを回避したかたちである。

事業所を賃貸マンションの1階にした理由は、利用者確保である。ヘルパー派遣（夜間訪問含む）、デイの送迎にかかる採算面のリスク回避のため、地域へ出かけていくのではなく

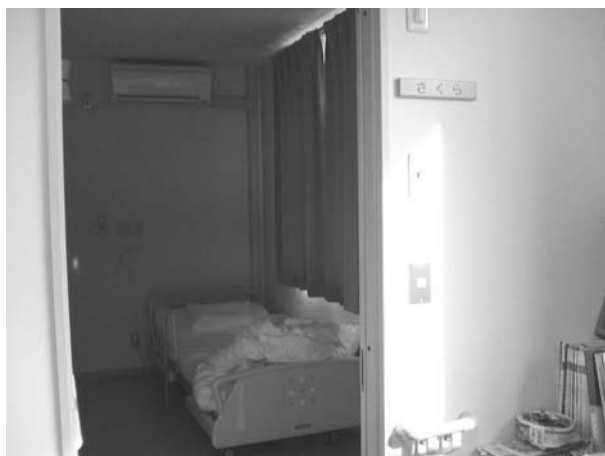
地域住民に集まってもらう発想で、ひとり暮らし高齢者の早めの住み替えを狙っている。元気なうちに賃貸マンションに入居し、要介護度が中重度になれば小規模多機能を利用し、さらに重度になれば、母体である社会福祉法人が運営する特養に入所するという構図である。

小規模多機能がもし採算面でうまくいかなければ、デイサービスに転換することもありえるということだった。



和気あいあいと団欒する利用者。
上の住居部分の利用者もおられる。

団欒室の隣にある宿泊室。



お風呂も、シャワー浴、機械浴、一般浴を用意しており、設備に力を入れている。



広々とした食堂。奥には、将来配食サービスを地域展開することも考えた厨房設備がある。

小規模多機能の食堂の入り口を出ると、すぐ賃貸マンションのエレベーターがある。マンションの住民にとって小規模多機能はオープンになっており、利用しやすい工夫がされている。



上の賃貸マンションの1室。7畳でバリアフリー。簡単なキッチンと非常のブザーがついている。



③ 運営推進会議の状況（メンバー）

民生委員、社協の会長、法人の理事、学識経験者、利用者などで、1回運営推進会議を行った。会議に出席した参加者のなかでも、運営推進会議の意味や、地域密着型サービスがまだ理解されていないようである。「小規模多機能」について地元の住民の理解を得ることが難しく、24時間365日の施設であると誤解されることが多いとのことだった。

④ 地域ケアネットワークの状況

現在はまだ実施していないが、将来的な計画としては、地域高齢者の食事面のケアのため、配食サービスの地域展開を考えており、小規模多機能事業所の一角に大きな厨房を備えている。また施設を利用した趣味教室の開催など、地域住民に開かれたスペース作りを計画しているところである。

⑤ 認知症高齢者がなじみやすいように工夫している点

特に工夫している点は聞かれなかったが、担当者が変わらず家族ぐるみの付き合いができるという点で、従来のデイと違って利用者の表情が生き生きするという印象をもっているとのことであった。

⑥ 運営上の課題について

採算面が一番の課題になっている。現在スタッフの体制は2名。不足分はニチイ学館のヘルパー派遣でまかなっている。

当初は派遣や送迎費用で採算がとれないとしてマンション入居者を対象として考えていたが、平成18年9月現在、賃貸マンションの入居者は51室中わずか2名である。そのため結局地域へ出向く本来の地域密着型の運営を行なっている。マンション入居者でもショート利用を希望する方もおり、ベッドは5床用意されているが、一晩で満床になることはなく、現在のところは1床か2床を宿直の職員で見なければならず、夜間の人件費コストがかかるとのことであった。また、場所がトヨタの本拠地に近く、景気がよいため介護職場に人が集まらない。そこでフィリピンから派遣される介護労働者も見込み、賃貸マンションの1画を寮にすることも計画している。

【所 感】

小規模多機能はただでさえ利用者抱え込みになりがちなサービスであるが、今回の視察先の運営形態も問題点をはらんでいる。地域密着といえども、外へスタッフが出向けば送迎費用や派遣費用がかかる。そのため、経費をおさえるという観点から早めの住み替えを促し、その入居者を相手にサービスを行なう。事業者サイドからすれば採算面から仕方なくとった方法とはいえ、これでは、住み慣れた地域で、家で暮らしつづけることを目指す地域密着の趣旨とは外れてしまう。

また、住まいもサービス提供も同じ事業者がからんでいることで、完全に事業者主導になってしまい、利用者は苦情があってもなかなか言い出せないおそれがある。いったん事業者から煙たがられたら、その賃貸マンションにもおそらく居辛くなり、住まいまでも失ってしまう可能性があるからである。

しかし、こういった形態は望ましくはないにしても、一方では施設長の話からも、利用者のニーズがあることは確かである。当初の運営は苦しかったものの、現在は少しずつ認知度が高まり、利用ニーズが感じられるという。特に、名古屋のような大都市での長期入院者の、退院後の受け皿として医療ソーシャルワーカーが情報提供することが増えているということであっ

た。中度・重度であっても施設入所が難しい状況では、まどかのような場所は、住まいと24時間の介護サービスがセットになった新しい中間施設として利用者に求められているのではないだろうか。

今回の視察のケースは、安全・安心を求めて高齢者の「終の住処」が多様化してきている表れともいえるだろう。また、勇気をもって一番に小規模多機能型にチャレンジした事業者が、低い介護報酬設定で生き残るために苦勞をし、様々な工夫をして、経営の安定化とサービスの継続の方向性を探っている現状がある。そのなかで、住み慣れた場所に住み続けながら介護サービスを受けられる小規模多機能型サービスが高齢者にとって安心できる拠り所となるように、行政は指定の際の現地確認を含め、指導、介護相談員、給付適正化などにより施設の運営形態の詳細を把握して、利用者が不利な立場に陥らないようにしなければならないと感じた。

小規模多機能施設めおといわ「ゆい」

視 察 日 時	平成18年9月29日（金） 午前10時～正午まで
視 察 先	視察場所：小規模多機能施設めおといわ「ゆい」 住 所：福岡市城南区東油山1丁目33-7 最 寄 駅：博多駅より バス駄ヶ原 対 応 者：溝越 信介 氏（☎）社団誠仁会 常務理事 溝越 信介 党 一浩 氏（小規模多機能施設めおといわ「ゆい」 施設長） 井本ひろみ 氏（ケアセンターめおといわ 統括責任者）
視 察 者	三谷 優子（四條畷市高齢福祉課） 梶原 要一（枚方市高齢社会室） 吉川 尚子（八尾市高齢福祉課） 重村 吉則（八尾市高齢介護基盤推進プロジェクトチーム）

【視 察 目 的】

平成18年4月の改正介護保険法で制度化された小規模多機能型居宅介護事業所の運営状況を視察し、認知症高齢者にとって住み慣れた地域での生活を継続するために工夫している点や今後の課題等を視察し、行政の役割について考察する。

【視察内容及び質問事項】

24時間365日のサービスを提供する小規模多機能型居宅介護サービスの利用状況及び工夫している点や課題を視察する。具体的には、① 利用状況、② 運営状況、③ 運営推進会議の状況、④ 地域ケアネットワークの状況、⑤ 認知症高齢者がなじみやすいように工夫していること、⑥ スタッフの確保・育成について等。

【視 察 結 果】

視察した小規模多機能施設めおといわ「ゆい」は平成18年5月20日に開設し、医療法人社団誠仁会が運営している。事業を開始するにあたりいろいろな物件を探したが、最終的にはもともと法人の常務理事の自宅であった場所を使用することになったらしい。民家改造型で広々とした閑静な住宅街に位置する一戸建て住宅（木造2階建て）であり、事業実施以前にバリアフリーに改修していたがトイレを車イス対応にするなどの改修を加え、登録定員13名、通所定員8名、宿泊定員3名で、介護保険法上の事業所指定を受けている。

① 利用状況については、6名で介護度の内訳としては経過的要介護1名、要介護1が1名、要介護2が1名、要介護3が1名、要介護4が1名、要介護5が1名となっていた。運営を開始してから4ヶ月を経過していたが登録者数は少ない状況であったが利用者の表情はいきいき

しており、非常に好感がもたれた。

② 運営状況については、管理者兼計画作成担当者が1名、看護師が1名、介護スタッフが5名の計7名のスタッフで日中のサービス提供を行っている。夜間は介護スタッフでオンコール体制をとり、宿直は5名のローテーションを組んでいる。介護保険法上の人員基準を上回る配置をしており、定員も満たされていない現状では経営面は非常に厳しいとのことであった。

③ 運営推進会議については、公民館館長、自治会長、民生児童委員、社会福祉協議会のメンバー構成で市町村職員は出席せず開催されたとのことであった。会議を開催するにあたり、地域の各団体へ会議参加への依頼を行ったが、特定の事業者の会議にのみ参加することの理解がなかなか得られなかったとのことであった。今回の介護保険の改正で地域密着型サービスのうち認知症対応型共同生活介護（グループホーム）と小規模多機能型居宅介護に義務付けられた「運営推進会議」ではあるが、制度の改正の趣旨について、行政から地域の各団体に説明会を行うなどの配慮が必要であると感じた。

④ 地域ケアネットワークの状況については、管理者が月に1回、区単位で実施されている介護支援専門員連絡協議会に参加し情報交換等を行い、現在小規模事業所（認知症デイなど）のネットワークを作ろうとの声が出ているということであった。

⑤ 認知症高齢者がなじみやすいように工夫していることについては、家庭的な雰囲気を醸し出すよう日頃から気を配り、むやみやたらに手すりなどは設置せず、利用者にあわせ必要最低限の手すりの設置とし、職員が手となり足となり手すりになったり段差解消になったりしているとのことであった。混乱傾向がみられる利用者に対しては、家族の協力をもらい自宅に飾ってある写真や利用者が昔描いた絵などを施設に飾っていた。

⑥ スタッフの確保・育成については事業所の理念である「利用者の身になって介護サービスを提供する」「自分や自分の肉親にしてもらいたくない行為をしない。自分や自分の肉親にしてもらいたい行為を実践する。」をスタッフ全員、毎日朝礼で唱和している。又、月に1回の業務カンファレンスを開催し、日常業務の細かな取り決め等についての話し合いを行い、施設ケアプランに関しては、計画作成担当者を中心にケアカンファレンスを開催し、スタッフ一人ひとりに意見を求めながら時間をかけて作成しているとのことであった。

【所 感】

「施設から地域へ・住宅へ」とのトレンドに対応する新たなサービスとして期待が寄せられている小規模多機能型居宅介護が制度化されたが、このサービスの理念や内容についてはいまだに十分な理解が得られていないとの指摘もある。又、他の介護保険サービスと比較して介護報酬や人員配置の基準の関係で大阪府内での事業者の参入も少ないように感じられる。小規模多機能型居宅介護事業を実施するにあたり、既存民家を転用する場合は、もともと住宅であるため住宅らしい雰囲気や住まいとしての機能や性能を確保しやすいが、「通い」の定員を15名とした場合、居間に1人辺り3㎡を確保するとなると45㎡が必要になる。これに「泊まり」の定員分を個室で確保するとなると大阪府などの都市部でこれだけの規模を確保するのは困難と

思われるし、増築が可能な敷地の広い民家でないとトイレや浴室などの改修についても課題が残る。現条件下で困難な点を意欲的に取り組む事業者からの声を、2ヶ月に1回の開催が義務付けられた「運営推進会議」に事業所の所在する市町村職員の参加が基準に設けられているが、この「運営推進会議」に積極的に出席することで、事業者や地域の方からの意見を収集・分析し、他の事業者へ情報提供する等の行政のバックアップが必要であると感じた。

東京都稲城市

視 察 日 時	平成18年10月12日（木） 午後1時～午後3時まで
視 察 先	視察場所：東京都稲城市高齢福祉課 住 所：東京都稲城市東長沼2111番地 最 寄 駅：京王相模原線 稲城駅 対 応 者：石田 光広 氏（高齢福祉課長）
視 察 者	澤井 勝（奈良女子大学名誉教授） 辻野 一郎（大阪府高齢介護室介護支援課） 藤原 淑子（摂津市介護保険課） 竹本 和倫（吹田市介護保険課）

【視 察 目 的】

介護保険制度の見直しに対して様々な先進的なとりくみをされている理念と内容を視察し、特に介護予防や高齢者施策に対する今後の行政のあり方を考える。

【視察内容及び質問事項】

地域密着型サービスの運営内容。

地域包括支援センターにおける地域ケアについて。

介護予防リーダー養成の構築状況。

特定・一般各高齢者における介護予防の取り組みについて。

【視 察 結 果】

稲城市視察内容

人 口：76,676人（H17年度国勢調査）

高齢者人口：10,477人

高 齢 化 率： 13.9%

認 定 率： 13.7%

保 險 料： 4,400円（平成17年度3,300円（+1,100円））

稲城市概要

稲城市は、多摩丘陵・多摩川等の恵まれた自然環境と鉄道交通の利便性を生かし、東京都心に近い近郊都市として発展してきたまちで、昭和30年代から昭和40年代にかけての住宅供給に伴う若年層の流入により、平尾団地や多摩ニュータウン等の整備を通して急激に人口が増加した。近年の少子・高齢化に伴い、その伸びは鈍化したものの、人口はファミリー層を中心に、再び増加傾向にある。このことから、国や東京都全体と比較して、稲城市の高齢

化率は低いものの、今後急速に進行することが予想されている。また稲城市の特徴は、多摩丘陵と平坦地から構成されている点と、歴史ある市街地とニュータウン区域という、異なる特性を持った町から構成されている点にある。

稲城市では、こうした地域特性のもとで、「緑につつまれ 友愛に満ちた市民のまち 稲城 ～人と自然のハーモニー 共生のまち～」を将来都市像に、心と心のふれあいを大切にしたい自律と共生のまちづくりを進め、オンリーワンをめざした多様な取り組みを行っている。稲城市の取り組み

① 介護保険サービス利用確認シート

平成15年度から在宅の介護保険サービスを利用している高齢者それぞれの利用状況の情報提供を行い、利用サービスの見直しの参考として送付している。（給付費通知）

認定決定通知を行う際に送付し、前回の内容も入れ最近の心身状態の変化や受けているサービス内容をわかりやすく伝え比較できるようになっていたり、認定審査会で出た医師等からの意見や利用者への介護サービス上のアドバイスを盛り込んだりしている。

② 介護予防自主グループ発表会

虚弱高齢者～介護度1程度の高齢者を対象として、地域の介護予防拠点で転倒骨折予防教室を展開しています。ストレッチ・ウォーキング・重心移動運動・セラバンドを使用した筋力トレーニング・クールダウンの30分のプログラムを基本とし、レクリエーションプログラムを盛り込み90分の内容で、週1回1コース8回で、年間を通して実施しています。教室終了後も自宅で継続できるよう運動メニューのポイント指導を行ったり、自主グループ化することを考慮し最終の2回については、自主的なものとして実施させている。また、希望する場合には講師を派遣したり、介護予防自主グループ発表会を設けたりして、この自主活動グループが継続できるようサポートしている。教室の初回と最終回において、筋力、生活動作（機能的移動能力、後方歩行）能力測定を実施しており、非常に良い効果が現れている。

○ 社会資源マップの作成

要介護度や要支援度が改善し、「元気」になった高齢者が生き生きと社会参加できるよう、稲城市社会資源マップを作成し、市の福祉、生涯学習関係の施設とともに、介護予防事業への参加を契機に組織された自主活動サークル、ボランティアの拠点なども掲載し、高齢者の積極的な社会参加や、生き生きとした生活を支援している。

③ 介護支援ボランティア特区の提案

高齢者自身が介護保険地域支援事業に関連する介護支援ボランティア活動等を通じて地域貢献を行うことを積極的に奨励・支援するため、介護保険料控除「（仮称）介護支援ボランティア控除」を創設し、もっと生き生きとした地域社会となることを目指している。

介護支援ボランティア控除額は、年額で5,000円程度で翌年度の保険料を控除します。対象活動条件は、指定する介護保険施設、地域支援事業等において、介護支援ボランティアとして、3ヶ月以上（週1回（2時間）として12回程度）の継続参加した場合である。

保険料控除の申請方法は、「（仮称）介護支援ボランティア証明」を添付した介護保険料控除申請書を市介護保険担当へ提出する（毎年５月ごろを想定）。なお、ボランティア受け入れ機関では、介護支援ボランティアへの参加の都度、介護支援ボランティア手帳にスタンプを押印し、これをもとに社会福祉協議会が「（仮称）介護支援ボランティア証明」を交付する。

④ 資の向上に向けた取り組み

ケアプランの質の向上のために、居宅サービス計画の全件チェックを２年間かけて作成指導、ケアプラン作成の事例検討会の開催、困難ケースについては定期的な検討会を行ったり、事例が発生した時点で緊急に検討対策会を市主催で行い解決策を示したりしてケアマネをサポートしている。

⑤ そ の 他

中学生を対象とした、介護保険制度を説明した副読本を作成している。若い世代からの周知の努力をすることによりこの生徒を取巻く高齢者への周知にも繋がる。

【所 感】

ケアマネージャーも医師会も歯科医師会も独自で活発に研究活動しているが行政が持つオールフォー市民という意識を事業所に浸透させている。なぜそれが可能になったかといえば１つは保険制度になるまでに高齢者への事業が理念を持って構築されていたこと。２つめは平成12年の介護保険制度の開始時より高齢者施策全体から見た介護保険制度を考えたこと。行政の目的の１つが市民の福祉でその中の高齢者福祉に対して介護保険が始まったが給付を全て民間に任せてしまう事で行政の市民への目的がなおざりまではいかなくても薄れてしまう。そこでキーポイントとなるケアマネージャーの育成にポイントを置いた。やり方や方法の指導のみならず制度の理念をもって、ケアプランを立ててもらうように指導や助言をしてきた。その為には平成12年から２年間は全件立てられたケアプランに目を通しケアマネージャーからの相談にも積極的に答えた。そして現在ではケアマネージャー自身が協力し合ってケース会議や研究会を開催し行政は会場と印刷のみの協力をしている。

介護保険の制度開始から措置ではないからと認定が出ればケアマネージャーに全て任せてしまい利用者へも民々の契約だからと利用の入口から出口まではそれぞれ各個人に任せてしまっている。自己責任がとれるように利用者自身の意識も改革することが重要になる。そのためには利用確認シートを作成し認定結果の通知に同封することによりただ漫然とサービスを受けるのではなく積極的な意識を持ってサービスを受けてもらう事が可能となる。

高齢者福祉として既に有る制度をもう１度見直して制度改正の介護保険との関係を構築する。その時には必ず福祉の街づくり地域作りに視点を置き縦割りの行政の組織を越えて高齢者施策を考える市である。介護保険は本来限定的なしくみであるがそのやり方や方法に終始するのではなく理念をもってその仕組みをリードしていけばおのずと福祉の街づくりに大きくかかわることになることが理解できた。

埼玉県和光市

視 察 日 時	平成18年10月12日（木） 午後1時～午後3時まで
視 察 先	視察場所：和光市長寿あんしん課 住 所：埼玉県和光市広沢1-5 最 寄 駅：地下鉄有楽町線 和光市駅 対 応 者：東内 京一 氏（保健福祉部長寿あんしん課 課長補佐）
視 察 者	新田 一枝（大阪狭山市高齢介護グループ） 大宅 智代（茨木市介護保険課） 岸田サカエ（大東市リハビリテーション課） 脇阪 万貴（富田林市高齢介護課）

【視 察 目 的】

和光市は、早くから独自で介護予防の事業に取り組みその成果を上げている。また、スクリーニングにより高齢者の予防ニーズが分析され、個人の介護予防の目的を明確にしている。視察を行うことによって、介護予防事業に対する取り組みの実際を学び、今後の介護予防の取り組みに生かしていく。

【視察内容及び質問事項】

（視察内容）介護予防事業全般とその効果について

スクリーニング調査（訪問と郵送）についてその方法と把握状況について

（質問事項）市独自の予算で行われている介護予防事業

介護予防サポーターについて

人材育成について

【視 察 結 果】

（基本質問）人 口：76,676人（H17年度国勢調査）

高齢者人口：8,315人（H16年10月現在）

高 齢 化 率：11.5%

認 定 率：約10%

介護保険料：3,624円

（市の概要）

市政35年。流動率高く、約4人に1人の割合。流入人口多いため、高齢化率は他都市と比較して低く、高齢化社会に対して差し迫った危機感ないものの、今後高齢者人口の増加は着実に進行していき、平成26年から急激なスピードで高齢化が進むと予想されている。

(市の立地条件)

郊外型ベッドタウンで、東武東上線と地下鉄有楽町線が相互に乗り入れしており、道路交通も飛躍的に便利になっていて、都心へのアクセスはたいへん便利である。中央部・南部は平坦な土地となっており、高層住宅が多い。北部は武蔵野台地であり、旧住宅・低層住宅が多い。

(介護予防事業について)

和光市では以前から、従来の高齢者福祉施策や老人保健制度だけでは、そのニーズを充足できないこと、更には介護保険制度だけではすべての高齢者保健福祉をカバーできないこと、地域性を重視することなどが認識されてきた。そのため、和光市に必要なサービスは何かを考え、地域特性を見極め、和光市独自の事業を行うための根拠を模索した。この根拠がなければ効果を出すことができず、周囲の理解も得られない。そして、地域支援事業を行うための財源確保として、保険料に別途300円を上乗せした。また、敬老祝い金の廃止や複数の施策の縮小などを行った。

まず、3年かけ、すべての一般高齢者と一部の要介護者、要支援者に「健康寿命100」というスクリーニングシートを郵送した。その際、介護サービス未利用者に対しても、保険料の還元であることを伝え、7割が返送された。残りの3割については、事前に研修を行った民生委員に訪問してもらい、回収した。そして、それらの調査を分析し、誰に、いつ、何をすればよいのかわかるようになった。

スクリーニングの分析から、転倒による骨折の最大の原因は、家庭内障害物であることが判明し、対応としてベッドからトイレまでの動線を整理するよう支援した。また、敷き布団よりベッドからの立ち上がりの方が転倒リスクが少ないことから、市から補助を行い個人にベッドを購入してもらった。

特定高齢者の選定は、国の基準に加え、スクリーニングシートの分析より「累積相対度数評価」が60%以下の者とした。

事業における姿勢としては、事業後のアウトカム評価に重点を置き、具体的な目標を掲げた。本人の主体性を尊重するため、対象者にかかわる中で介護予防の目標・意欲を引き出した。そして、自立・一部自立を目指し、結果を出せるよう説得した。以下に、和光市独自の地域支援事業を紹介する。

・食の自立支援事業

初期は、糖尿病食・高たんぱく食・普通食・刻み食など、個別に応じたメニューで配食サービスを提供する。中期ではヘルパーと共に買い物し、食材を選ぶ訓練をする。その後はヘルパーが調理する。後期はヘルパーと共に調理し、最終的には自己調理を目指す。ただし、孤食が問題となる場合は、ヘルパーと共に調理後、一緒に食事をする。

・ふれっしゅらいふプログラム

転倒防止のための筋力トレーニングである。在宅生活は、IADLが向上しなければ維持できないという視点を踏まえ、通所によるマシンを使用しないトレーニングや在宅でのスト

レッチを指導する。

・ヘルシーフットプログラム

運動器の機能向上訓練では筋力が鍛えられるにとどまるが、転倒予防には体のバランス感覚を改善させるのも必要という観点から始まった。まず、フットケアを行い、その後青竹踏みや足指によるタオル・ビーズつかみなどのトレーニングを行う。それでも改善しなければ、インソール付の特製シューズを支給する。

・うえるかむ事業

主に地域交流の場であり、閉じこもりを予防している。参加者の半数は一般高齢者で、半数は軽度認知症高齢者である。

・ヘルス喫茶サロン

各介護予防事業を終了したものが参加する。毎回血圧や体脂肪などを測定している。状態が悪化していないか確認し、体調を崩した際は必ず連絡してもらっている。参加者の中で、ボランティアやサークル、教室などにつなげられる人はつなげている。

(介護予防サポーターについて)

一般市民に40時間の研修を行い、保健師・看護師の管理下で介護予防ヘルパーとして活動してもらっている。また、地元の商店街でのみ使用できる振興券を報酬とした、地域配食サービスの有償配達も市民に依頼している。このように、地域住民の新たな役割とコミュニティビジネスを展開している。

(人材育成について)

専門職には接遇・洞察力、説明・説得能力、カンファレンスコーディネート能力、制度間調整能力といった、大きく4つの能力を身につけてもらった。特に、ケアマネの思考を変え、利用者の要望を鵜呑みにせず、自立や一部自立を達成できるよう指導した。指導には2年半かかったという。

【所 感】

和光市は、特定高齢者の選定や介護予防事業の先進自治体といわれているが、今回の視察でそれが理解できた。対象者に対する全数調査やその綿密な分析は、地域を理解し、ニーズを汲み取る点で重要であり、それを行っている和光市は素晴らしく、ぜひ見習っていきたい。スクリーニング調査は一度に全数行うのが難しければ、年度ごとに日常生活圏域単位で少しずつ行うのも良いだろう。そして分析をしっかり行い、事業を始めるにあたっての根拠が得られれば、高い効果が期待できる。また、介護予防を徹底して行っている姿勢からも、同じ公務員としてあるべき姿を見たような気がした。

財源に関して、300円の保険料上乘せを行ったり、施設増設や高齢祝い金の廃止など、不必要な事業の財源を削り、今後最も必要な事業の財源を厚くすることで、より充実した介護予防事業を展開していた。まさに、臨機応変な優れた判断である。当初、人々の批判は激しかったが、軽度者の認定率の低下や介護予防事業の充実による介護度の改善傾向、さらにメディアで

の紹介が多くなり、市民全体から理解が得られた。そのため、和光市では介護認定の区分変更はほとんど行われず、介護度が上がれば苦情が生じるといった、われわれの市とは逆の減少が起きている。

今回の視察では、和光市で、介護保険事業や組織におけるハードルを越えていく主体的な動きが強く感じられた。あくまで、介護保険は1つの手段であり、それですべてをカバーすることはできない。市民を主体とし、地域における介護予防のニーズは何かを探求する。そのニーズに既存の介護保険制度、新事業を当てはめ網羅していく。同時に、市民や地域の力を育んでいき、市民が自立した営みを創っていく。まるで、介護予防と言うより、まちづくりの過程を聞いているようだった。

まちづくりを含めた広い視野で介護予防を徹底して行っている姿勢から、多くの事を学ばされた。また、制度に無いものは作って良いという視点で、縛りが少ない自由でいきいきとした事業を行っていることが良い結果を生み出し、そこに和光市の魅力を感じた。

東京都品川区

視 察 日 時	平成18年10月13日（金） 午前10時～正午まで
視 察 先	視察場所：品川区役所高齢福祉課 住 所：東京都品川区広町2-1-36 最 寄 駅：JR大井町駅 対 応 者：東山 浩 氏（高齢福祉課介護予防担当主査） 中山 文子 氏（高齢福祉課在宅相談係長）
視 察 者	澤井 勝（奈良女子大学名誉教授） 辻野 一郎（大阪府高齢介護室介護支援課） 藤原 淑子（摂津市介護保険課） 竹本 和倫（吹田市介護保険課） 新田 一枝（大阪狭山市高齢介護グループ） 大宅 智代（茨木市介護保険課） 脇阪 万貴（富田林市高齢介護課） 岸田サカエ（大東市リハビリテーション課）

【視 察 目 的】

品川区は行政と在宅介護支援センター・包括支援センターの連携がうまくできており、高齢者全般にわたる生活機能の支援や多くの選択プログラムも整備されている。視察を行うことによって、介護予防に対する取り組みの実際を学び、今後の介護予防の取り組みに生かしていく。

【視察内容及び質問事項】

- （視察内容） 在宅介護支援センター（包括支援センター）の役割
介護予防のプログラム
特定高齢者・一般高齢者の予防プログラムの実施と参加状況
- （質問事項） 介護予防システムの構築に向けての保険者の取り組みについて
特定高齢者の把握方法について
介護保険料を含む介護保険制度全般の組織と運営について

【視 察 結 果】

(基本質問) 人 口：346,361人（H17年度国勢調査）

高齢者人口：62,329人

高 齢 化 率：18.7%

認 定 率：15.4%

介護保険料：3,900円

(市の概要)

品川区は、東京23区の南部に位置し、東京湾に接している。住宅・商店街・ものづくり・オフィス街・下町・歴史ある神社・近代的なウォーターフロントと屋形船…一見矛盾しがちな要素が混在。多機能で利便性と庶民的な魅力に富むまちである。

(区の立地条件)

東京駅から近く、区内にJR・私鉄・地下鉄・モノレール10線・33駅がある。近年、新幹線品川駅開通、りんかい線の開通などによる交通アクセスの充実により、ビジネス・産業の拠点としてのポテンシャルをあげている。

(在宅介護支援センターの役割)

品川区の在宅介護支援センターは、地域包括支援機能・在宅介護支援機能・居宅介護支援機能の3つを担っている。在宅介護支援センターは地域包括支援機能を分担するが、介護保険制度創設以前から地域に根ざした役割を担っており、区民の周知度も高いことから今後も引き続き「〇〇在宅介護支援センター」と呼称している。在宅介護支援センターの人員体制については、専任の介護予防担当者を配置しており、介護予防担当者はスクリーニング、介護予防のケアマネジメントを行うほか、介護予防システムの運用に関わっている。

地域包括支援センターの役割は3機能あるが、品川区においては、すでに在宅介護支援センターが総合的な相談窓口/権利擁護機能および包括的・継続的ケアマネジメントの支援の機能を果たしており、介護予防マネジメント機能を付加・充実させることにより、地域包括支援センターの機能を十分果たすことができるまでになっていた。設置については、既存の在宅介護支援システムを活用し、当面の間は統括在宅介護支援センター（区高齢福祉課）を地域包括支援センターと位置づけるとともに、各地区在宅介護支援センターに地域包括支援センター機能を分担させている。地域包括支援センターの機能を確立させながら、在宅介護支援センター機能と併せ、品川区の高齢者を支える仕組みを図っている。

品川区の在宅介護支援センターは、3つの看板を持ってそれぞれの事業に取り組んでいるが、地域の在宅介護支援センターで高齢者すべての相談ができることを特徴としており、元気高齢者や実態把握・介護保険の申請、認定調査・介護予防ケアプランについては在宅介護支援センターですべて行っている。介護予防支援計画・居宅介護支援計画等については、ほぼ全てを在宅介護支援センターで行っており、同居等で介護について問題の無いケース等に限って民間の居宅介護支援事業所にプラン作成をしてもらっている。また、プランについて

は全て区に提出してもらっており、チェックをしているとのことだった。

在宅介護支援システムで、各在宅介護支援センターと区の高齢福祉課との情報共有ができているため、すぐに対処することができるようになっていた。高齢者の虐待や困難ケース等の対応が迅速に取れることは、システムの大きなメリットになっている。

(介護予防のプログラム)

平成15年から、市町村特別給付で介護予防に関する事業を展開してきた。現在ではデイサービスセンター活用型として、「身近でトレーニング・マシンでトレーニング・予防ミニデイ・配食サービス」等がある。区民協働型として、「いきいき筋力向上トレーニング・いきいき脳の健康教室・シニアのための男の手料理教室・ふれあい健康塾」等がある。その他の施策としては「しながわ出会いの湯・連れそって銭湯・いきいき健康マージャン広場・いきいきカラオケ広場、シルバー大学」等様々な事業がある。男性の参加を促すための工夫がされている。

特定高齢者と一般高齢者の予防プログラムの参加状況については、特定高齢者が現在まだ出てきていないため、一般高齢者の参加のみになっている。特定高齢者のプログラムでは、状態が改善されれば各教室等に参加できなくなるため、改善した後の受け皿を充実させていきたいと考えているということであった。

【所 感】

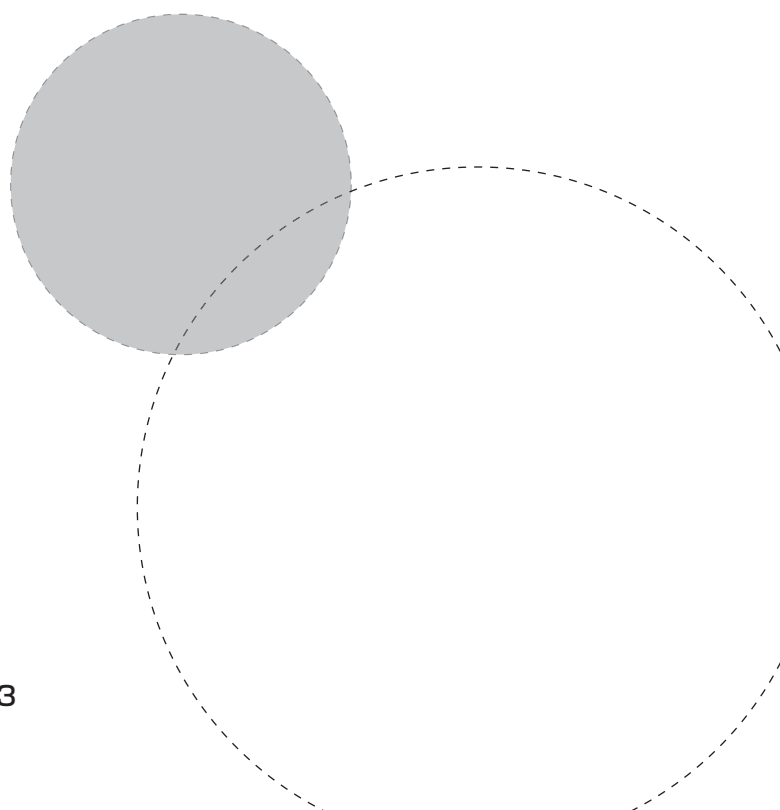
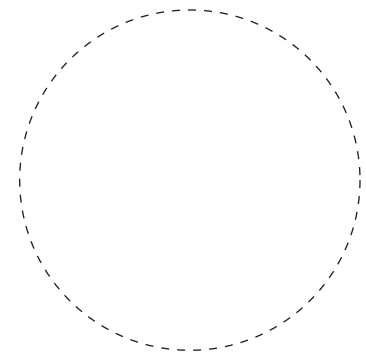
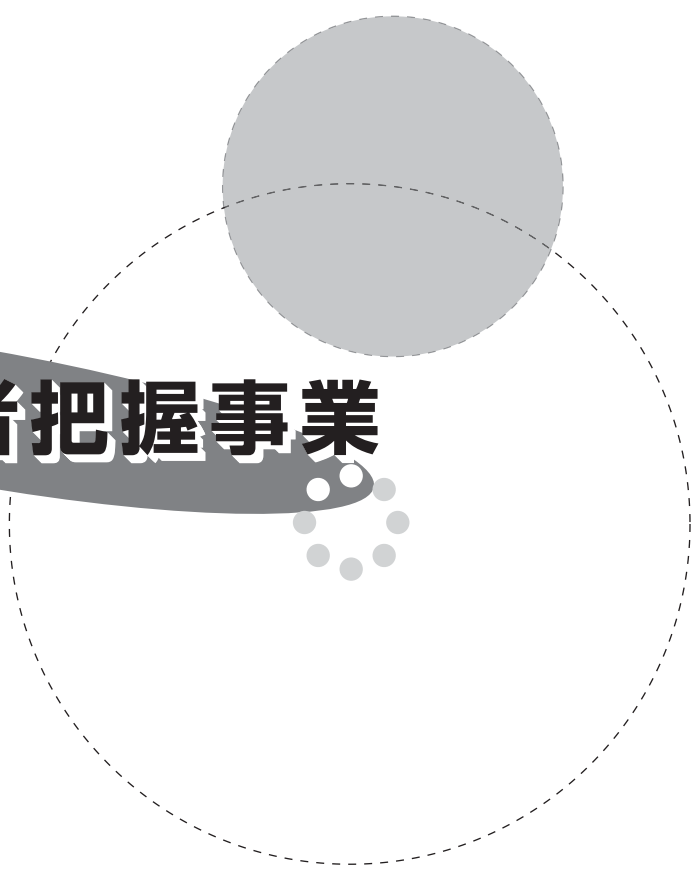
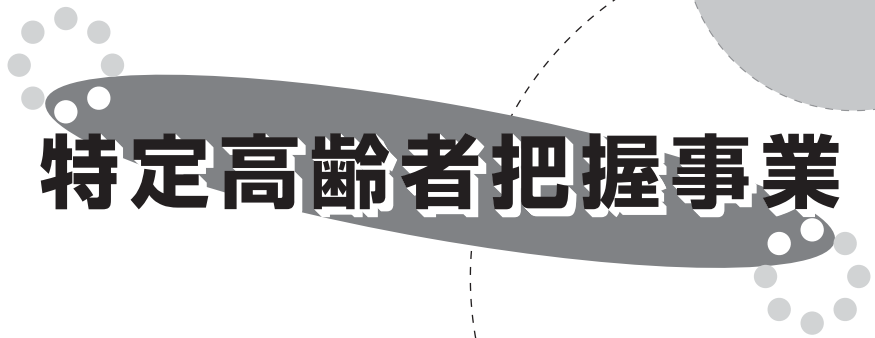
品川区では在宅介護支援センターの事業が充実していたことから、従来からあった制度をうまく利用し、今回の制度に変えることができたと思われる。介護保険制度の改革において、区民の混乱もなく制度に乗っていったのは、先を見越しての多様性が事業に取り入れられていたことにあると考えられた。

また、区と社会福祉法人、民間企業との連携がうまくいくことにより、情報の共有がスムーズに行われ（在宅支援システムの利用）、高齢者に迅速に対応できることから、お互いの信頼関係が構築され、行政と民間との敷居が低くなっているように感じた。区の職員として在宅支援センターから専門職を派遣してもらっていたり、ケアプランのチェック等意見交換の場が十分持てることで、より業務がしやすくなっているように思う。

どういう自治体にしたいか、市民に対してどんなサービスをすることで市民の満足が得られ、市民の意識改善につながるかを常に考えて、これからの仕事に取り組んでいきたいと思う。



地域支援事業（特定高齢者施策） 等に係る実施状況等調査



特定高齡者把握事業

介護保険制度と社会保障制度

問い合わせの内容	計画上の数値		基本健康診査受診状況平成17年度				実 施 方 法 に						
	高齢者人口 (65歳以上)						集 団 健 診						
	平成18年度	特定高齢者 対象	受診者数	受 診 率	内65歳以上 の受診者数	65歳以上 の受診率	す る	し ない	有 無	委託	実施期間	実 施 場 所	内 容
豊 中 市	73,712人	2,211人	34,717人	43.4%	16,367人	59.1%	○		○		6月 ～3月	市立保健センター、医療保健センター (2ヶ所)	○従来の健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施（国のマニュアルとおり） ○口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判定
池 田 市	19,328人	193人	41,158人	93.8%	11,600人	155.4%	○		○		5月 ～6月	池田市医師会館、共同利用施設等 22回	国のマニュアルとおり
吹 田 市	58,749人	1,763人	60,386人	64.4%	29,332人	131.3%		○	○		月 ～ 月		
高 槻 市	69,072人	2,072人	30,967人	38.7%	14,198人	22.2%	○		○		4月 ～3月	保健センター、公民館 コミュニティセンター	計測、血圧、検尿、血液検査、心電図、胸部X線検査、診察、眼底検査、喀痰検査、関節の動き、筋力、口腔内衛生状態、嚥下テスト
茨 木 市	42,555人	1,200人	27,644人	56.6%	14,749人	93.3%	○		○		4月 ～3月	茨木市保健医療センター	基本健診で65歳以上の受診者に生活機能評価を実施 基本チェックリスト・口腔内視診・関節の触診
箕 面 市	23,419人	937人	17,216人	68.5%	8,806人	107.3%		○			月 ～ 月		
摂 津 市	13,121人	300人	10,189人	63.2%			○		○		4月 ～3月	保健センター	従来の集団健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施。口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判定。
豊 能 町	4,981人	149人	6,443人	75.5%	2,139人	33.2%	○		○		5月 ～7月	保健センター 中央公民館 幼稚園	・従来の集団健診の必要項目と生活機能評価を追加して実施（国のマニュアルどおり） ・口腔衛生状態は医師が判定
能 勢 町	3,008人	90人	1,666人	53.7%	862人	71.4%	○		○		5月 ～11月	保健福祉センター	従来の集団健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施
大 東 市	21,560人	646.8人	20,518人	83.6%	10,810人	119.3%		○			月 ～ 月		

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

ついで					判定報告書について		健診からスクリーニング完了（特定高齢者候補の確定）までの期間 はどのくらいかかりますか			
個別健診					国の様式案の使用		集団健診	備考欄	個別健診	備考欄
する	しない	有	無	委託 実施期間	内 容	する しない				
○		○		4月～3月	集団に同じ	○	4週間	希望者に肝炎検査も含まれるため、委託事業所の判定・処理に最低3～4週間必要	8週間	健診受診の翌月に、健診医療機関から請求とともに判定結果が市に届く。請求事務処理等の関係で最低8週は必要
○		○		9月～11月	国のマニュアルとおり	○	4週間	3～5週間	7週間	3～8週間
○		○		4月～3月	・従来の健診内容に生活機能評価を追加して実施（国のマニュアルとおり）。口腔衛生状態、反復嚥下テストについても健診医が判定。	○			10週間	個別健診のため、各医療機関から保健センターをへて、包括支援センターに結果が届くまでに時間がかかる。
○		○		4月～3月	計測、血圧、検尿、血液検査、心電図、胸部X線検査、診察、眼底検査、喀痰検査、関節の動き、筋力、口腔内衛生状態、嚥下テスト	○	8週間		8週間	
○		○		4月～3月	基本健診で65歳以上の受診者に生活機能評価を実施（同意書に署名、基本チェックリストの記入。関節の触診・口腔内視診・BMI算出・骨粗鬆症・うつ等の既往歴の確認・総合判定）	○	4週間		5～9週間	各委託医療機関から医師会に回収された健診結果（翌月10日までに提出）を保健医療センターで確認、集計し、確定した件数・資料を地域包括支援センターに提供する。
○		○		4月～3月	基本健康診査と同時に、介護予防健診を実施。従来の基本健診に基本機能評価を追加して実施。	○			4週間	
○		○		6月～8月	集団健診と同様。	○	5週間		5週間	各医療機関から回収してからの日数（本人が健診受診したあと、医療機関から提出されるまでのタイムラグは含まず）
○		○		9月～11月	・従来の個別健診のみ実施 ・集団健診、要支援・要介護認定者を除いた65歳以上の高齢者に生活機能評価チェックリストを郵送し、特定高齢者の候補者になる人に個別健診の受診勧奨をする	○	4週間		8週間	健診受診の翌月末以降に医療機関から結果が返ってくるため最低8週間は必要。通常はそれ以上必要
○		○		5月～3月	従来の個別健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施。	○	4週間		2週間	
○		○		7月～11月	従来の基本健康診査に生活機能評価及び口腔衛生状態、関節の異常、反復嚥下テスト、アルブミン検査（全員実施）及び総合判定を追加して実施	○			8週間	医師会医師会委託にため月ごとにまとめて請求書と同時に市に結果が届きその後入力作業を行ってデータを包括支援センターに送付

介護保険制度と社会保障制度

問い合わせの内容	計画上の数値		基本健康診査受診状況平成17年度				実 施 方 法 に						
	高齢者人口 (65歳以上)						集 団 健 診						
	平成18年度	特定高齢者 対 象	受診者数	受 診 率	内65歳以上 の受診者数	65歳以上 の受診率	す る	し ない	有	無	実施期間	実 施 場 所	内 容
交 野 市	13,216人	396人	5,044人	32.2%	2,207人	44.6%	○		○		4月 ～3月	交野市立保健福祉総合 センター	・従来の集団健診に、必要項目と アルブミン値、生活機能評価を 追加して実施（国のマニュアル とおり） ・口腔衛生状態、反復嚥下テスト についても医師が判定
八 尾 市	52,831人	1,585人	22,577人	39.5%	10,674人	50%	○		○		4月 ～3月	保健センター・健康科 学センター・地区健診 (5地区)	・従来の集団健診に必要項目と生 活機能評価を追加して実施 (国のマニュアルとおり)
富 田 林 市	22,799人	684人	13,887人	54.3%	6,583人	77%	○		○		7月 ～ 月	JA大阪南支所（3箇所 延べ5日）	・基本健康診査（含む生活機能評 価）、肺がん・胃がん・大腸が ん検診 B型・C型肝炎ウイルス検査 ・口腔衛生状態、反復嚥下テスト についても医師が判断
河内長野市	23,179人	695人	14,629人	54.8%	8,904人	93.1%	○			○	5月 ～3月	市立保健センター	基本健康診査受診者に基本チェッ クリストと生活機能評価を実施
柏 原 市	13,747人	412人	7,083人		5,484人	40.40%		○			月 ～ 月		平成17年度までは、65歳以上の基 本健診については、5月から11月 まで、集団健診と個別（医療機関 委託）健診の併用であったが、平 成18年度より、個別健診のみとな る。
羽 曳 野 市	22,913人	688人	12,042人	48.4%	6,458人	53.6%		○					
藤 井 寺 市	12,528人	375人	9,002人	65.2%	5,199人	104.7%	○			○	10月 ～10月	保健センター	・従来の集団健診に必要項目と生 活機能評価を追加して実施。 ・口腔衛生状態、反復嚥下テスト についても医師が判定
大阪狭山市	10,273人	308人	4,878人	41.8%	2,200人	45.1%		○			月 ～ 月		
河 南 町	16,923人	109人	2,040人	55.4%	786人	56.1%	○			○	4月 ～6月	河 南 町 保 健 福 祉 セ ン ター	基本健診に生活機能評価を追加し て実施。口腔衛生状態、反復嚥下 テストについては診察時医師が 担当
千早赤阪村	1,671人	50人	987人	60.7%	358人	56%	○			○	7月 ～ 月	保健センター（1ヶ所）	・従来の集団健診に必須項目と生 活機能評価を追加して実施 (国のマニュアルどおり) ・口腔衛生状態、反復嚥下テスト についても医師が判定

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

ついで					判定報告書について		健診からスクリーニング完了（特定高齢者候補の確定）までの期間はどのくらいかかりますか					
個 別 健 診												
委託				実施期間	内 容	国の様式案の使用		国の様式案を使用しなかった理由	集団健診	備 考 欄	個別健診	備 考 欄
する	しない	有	無			する	しない					
○		○		4月～3月	・従来の個別健診に、必要項目とアルブミン値、生活機能評価を追加して実施（国のマニュアルとおり） ・口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判定	○			4週間		8週間	健診受診の翌月10日が締め切りで、各医療機関から市に結果が届くため
○		○		4月～3月	・従来の集団検診に必要な項目と生活機能評価を追加して実施（国のマニュアルとおり）	○		・国の案を元に、わかりやすい表現に変えて市独自で作成。	5週間	ただし、健診機関により期間はもっと長くなる	9週間	ただし、健診機関からの請求が遅れると期間はもっと長くなる
○		○		5月～11月	・基本健康診査（含む生活機能評価）、B型・C型肝炎ウィルス検査 ・口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判断	○		医師会との協議等により生活機能評価（チェックリスト）を含め、1枚の用紙（A3）としたため	4週間		8週間	健診月の翌月20日を期限に健診結果が保健センターに送られ、その月末までに高齢介護課にくるため。
○		○		4月～3月	市内医療機関に委託し、基本健康診査受診者に基本チェックリストと生活機能評価を実施	○			8週間		8週間	
○		○		6月～10月	身体計測、聴打診、検尿、血液検査（アルブミン含む）、心電図、理学的検査、総合判定結果	○				未実施	5週間	市内医療機関委託のため、事務処理に時間がかかる。
○		○		4月～12月	医師会へ委託	○					8週間	月ごとに翌月の第2週目に市へ報告があり月末までにシステム入力。月初めに受診した場合は約8週間必要。
○		○		4月～10月	・従来の集団検診に必要な項目と生活機能評価を追加して実施。 ・口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判定	○		ただし、一部わかりやすい表現などに変更した	8週間		8週間	・健診受診の翌月に各医療機関から市に結果が届くため
○		○		4月～3月	基本健診と同時実施。	○					8週間	
○		○		10月～11月	集団健診と同様に実施。実施期間以外で、基本チェックリストにより候補者になる人を把握した場合、10～11月以外にも健診を受けられる体制をとっている。	○			5週間		8週間	健診受診の翌月に各医療機関から町に結果が届くため遅くなる。
○		○		8月～3月	特定高齢者の可能性のある方に保健師が基本チェックリストを実施した結果、介護予防事業の対象になる人で、かつ、集団での基本健康診査を受診できなかった方を対象に、村診療所でのみ個別で基本健康診査（必須項目追加）・生活機能評価を実施する	○			4週間		1週間	

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	計画上の数値		基本健康診査受診状況平成17年度				実 施 方 法 に								
	高齢者人口 (65歳以上)						集 団 健 診								
							委託			実施期間	実 施 場 所	内 容			
	平成18年度	特定高齢者 対 象	受診者数	受 診 率	内65歳以上 の受診者数	65歳以上 の受診率	する	しない	有				無		
高 石 市	11,714人	351人	7,588人	61.3%	4,061人	36.4%	○		○		4月 ～5月	保健センター、市役所 別館、とろしプラザ、 デージードーム	従来の集団検診に必要な項目と生活 機能評価を追加して実施。口腔衛 生状態についても、医師が判定。		
貝 塚 市	16,737人	502人	7,793人	43.9%	3,620人	57.2%		○							
泉 佐 野 市	19,085人	477人	7,292人	36.3%	3,792人	52%	○		○		8月 ～9月	保健センターなど8箇 所	生活機能評価を基本健康診査に併 設し、実施		
泉 南 市	11,720人	352人	3,274人	25.1%	1,309人	27.8%	○		○		6月 ～12月	保健センター	基本健康審査 チェックリスト		
熊 取 町	6,991人	140人	4,068人	46.3%	1,713人	66%	○		○		8月 ～9月	熊取ふれあいセンター	基本健康診査 生活機能チェック		
岬 町	4,802人	144人	1,215人	26.9%	542人	44.6%	○		○		4月 ～1月	保健センター・町民体 育館・さくら会館・漁 業組合	・従来の集団検診に必要な項目と生 活機能評価を追加して実施 (国のマニュアルとおり) ・口腔衛生状態、反復嚥下テスト についても医師が判定		
くすのき 広 域 連 合	62,628人	1,253人	38,940人	57.1%	17,682人	60.4%	○		○	○	4月 ～1月	守口市：4月～10月 守口市保健センター、 門真市：4月～6月 門真市保健福祉セン ター、 門真市南部市民セン ター、 四條畷市：1月の3日 間 四條畷市保健センター、 四條畷市グリーンホー ル田原	・門真市・四条畷市は委託有り、 守口市は委託無し ・身長・体重の測定、BMI、血圧、 総コレステロール、中性脂肪、 HDLコレステロール、GPT、γ -GTP、白血球、赤血球、血色素、 ヘマトクリット、尿酸、アルブ ミン、クレアチニン、尿蛋白、 尿潜血、尿糖、血糖、口腔状況、 関節異常、反復唾液嚥下テスト 等 (選択項目) HPAIC、眼底、心電図 以上は、四條畷市 ・生活機能評価（基本チェックリ スト）、血液検査、反復嚥下テス ト：以上は、門真市。守口は未 記入。		

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

ついで					判定報告書について		健診からスクリーニング完了（特定高齢者候補の確定）までの期間はどのくらいかかりますか			
個別健診					国の様式案の使用		集団健診	備考欄	個別健診	備考欄
する	しない	有	無	実施期間	内容	する	しない			
○		○		6月～2月	従来の個別健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施。口腔衛生状態についても医師が判定。	○		4週間		8週間
○		○		4月～11月	市内医療機関に委託	○				8週間
○		○		6月～9月	生活機能評価を基本健康診査に併設し、実施	○		4週間		6週間
○		○		5月～10月	基本健康審査チェックリスト	○		6週間		6週間
○		○		7月～3月	基本健康診査生活機能チェック	○		3週間		5週間
○		○		7月～12月	・従来の個別健診に必要項目と生活機能評価を追加して実施 (国のマニュアルとおり) ・口腔衛生状態、反復嚥下テストについても医師が判定	○		4週間		8週間 ・健診受診の翌月に各医療機関から町に結果が届くため
○	○	○		4月～2月	・門真市（4月～2月）・四條畷市（1月）個別健診する、守口市は個別健診しない ・門真市・四條畷市は委託有り、守口市は委託無し ・身長・体重の測定、BMI、血圧、総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、GPT、γ-GTP、白血球、赤血球、血色素、ヘマトクリット、尿酸、アルブミン、クレアチニン、尿蛋白、尿潜血、尿糖、血糖、口腔状況、関節異常、反復唾液嚥下テスト等 (選択項目) HPAIC、眼底、心電図 以上は、四條畷市 ・生活機能評価(基本チェックリスト)、血液検査、反復嚥下テスト：以上は、門真市。守口は未記入。	○		4週間 守口市：3週間 門真市：4週間 四條畷市：4週間	6週間	門真市：不詳 四條畷市：6週間

介護保険制度と社会保障制度

問い合わせの内容	特 定 高 齢 者 へ の 接 触 方 法																					
	電 話 で 対 応							本 人 と 面 談							そ の 他							
	生 活 機 能 低 下	運 動 器	栄 養	口 腔	閉 じ こ も り	認 知 症	う つ	生 活 機 能 低 下	運 動 器	栄 養	口 腔	閉 じ こ も り	認 知 症	う つ	内 容	生 活 機 能 低 下	運 動 器	栄 養	口 腔	閉 じ こ も り	認 知 症	う つ
豊 中 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	包括訪問の事前案内	○	○	○	○	○	○	○
池 田 市															文書で通知	○	○	○	○	○	○	○
吹 田 市		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	書類を送付		○	○	○	○	○	○
高 槻 市															郵送	○	○	○	○			
茨 木 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	手紙を郵送	○	○	○	○	○	○	○
箕 面 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
摂 津 市		○	○	○	○	○	○					○	○	○	案内を送付		○	○	○	○	○	○
豊 能 町	○	○	○	○				○	○	○	○				書類を送付	○	○	○	○	○	○	○
能 勢 町		○	○	○	○										通知書送付		○	○	○	○		
大 東 市																未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定
交 野 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

特定高齢者がなかなかあがってこない状況が多いようですが、何か検討している点などありましたら教えてください。		地域支援事業実施要綱の特定高齢者選定方法について検討が必要と思われますか。また、どのような点について検討が必要と思われますか。	
実 施 し て い る 事	検 討 し て い る 事	は い い	い え
			検 討 が 必 要 と 思 わ れ る 点
地域のふれあいサロン等高齢者の集まる場所で、包括職員・地域活動を行う保健師等が基本チェックリストを実施	○介護認定者軽度者（経過的要介護・要支援1）のサービス未利用者に対し、更新時期に合わせて訪問し基本チェックリストを実施 ○介護予防講演会（一般高齢者施策）の参加者に、基本チェックリストを実施	○	○選定基準が厳しく、健診等の結果で候補者となっても大半が要介護認定者 ○現在要支援の認定者でみても特定高齢者の基準を満たす高齢者がほとんどいない状況。本来、要支援・要介護となる可能性の高い高齢者を特定高齢者とするなら、この基準は矛盾しているように感じる ○基本チェックリストの内容が高齢者に理解しにくく、候補者に包括が訪問し再度確認していくと、ほとんどが特定高齢者に該当しなくなる
無し。	現在のところ、無し。 9～11月に実施する基本健康診査個別分の終了後に検討する。	○	対象者を多く拾い出せるように基準を緩める。
市民からの相談があった場合、基本健診の受診を勧奨する。		○	要支援1・2については、通所サービスを利用していなければ、利用可能とする必要があるのではないかと。また、特定高齢者の判定基準がきびしいので、その見直しが必要。
保健センターの保健師の訪問活動からの把握		○	口腔の診察項目で口腔内衛生状態の良い悪いを歯科医師や歯科衛生士以外が適切に判定するのはむづかしい。運動器の項目5／5に該当する人は、介護認定を受けている人や要介護状態の人も多く、通所方の参加がむづかしい。
・包括の案内文と特定高齢者事業のパンフレットを郵送。 ・街かどデイ担当者や民生委員に直接事業の説明を実施。 ・街かどデイやサロン参加者に事業の説明を実施。	・医師会に対し、選定基準に関する説明。	○	運動器の5項目すべてに該当する者が少ないため、基準を下げてはどうか。
民生委員との連携、要介護認定における非該当情報、地域包括支援センター、市保健師の訪問活動からも把握に努める。	介護認定非該当者への周知	○	主観的評価である基本チェックリストをもとに特定高齢者が選定されることから、実際に介護予防が必要なかたでも健診結果に反映されない。転倒の項目など、筋力向上面でハイリスクと思える項目は、1点でなく、2点、3点と加算をつけなければ、本当のハイリスク者を拾い上げることができない。
口腔は成人歯科健診で口腔チェック項目を追加している。 高齢者介護相談の際、健診受診勧奨を行う。	独居高齢者への見守り訪問時に健診受診勧奨を行う。	○	口腔3項目でチェックされても口腔内視診で対象外となる場合があるが、対象としても良いのでは。項目に該当しなくても医師の指示がある場合（運動器3～4カ所チェック+医師の指示など）も対象として良いのでは。
個別健診前に集団健診受診者、要支援要介護認定者を除いた65歳以上全数に生活機能評価チェックリストを郵送している。その中で特定高齢者の候補者となる人には個別健診受診勧奨をしている		○	生活機能評価のスクリーニング基準のみでなく、もう少し解釈を拡大して選定してもよいのではないかと。また、特に要支援1の人は特定高齢者と状態像も似ているので、全数でなくても例えばサービス未利用者を対象にするなど検討してもよいのではないかと。
特になし	特になし	○	特定高齢者を決定するにおいて、まず候補者を選定する作業と、具体的にプログラムに振り分ける決定作業があり、その作業が混乱している。また運動器の機能向上プログラムへの参加者を決定する「運動機能測定」は、健康診査の現場で実施することは不可能である。
○市の出前講座などで集まった方を対象に、近隣の虚弱と思われる方を基本健康診査に誘っていただくように呼びかける。 ○老人クラブの役員会等で掘り起こしを依頼。		○	○要支援者にチェックリストを実施してもハイリスクにはならないくらい基準が厳しい。（ハイリスクと要支援者の状態像が逆転している） ○介護予防事業に関する主治医の理解度によって、候補者数が大きく変わるため、主治医の理解・認識を得られる工夫が必要。
・元気アップ健診 ・サロン等で介護予防の話をしていく	・ひとり暮らし高齢者調査書、および申請書で健康面、介護保険等で相談希望があった場合に訪問し、特定高齢者を把握する。 ・平成18年3月末まで訪問指導で関わっていた方で、特定高齢者候補になる可能性の高い人に訪問し、把握する。	○	・今の基本チェックの基準では、特定高齢者は上がりにくい。 ・もっとゆるい基準にすべき。 ・特定高齢者に限定するというよりも、ポピュレーションに力を入れていったほうが、長い目で見た時に本当の介護予防になると思われます。

介護保険制度と社会保障制度

問い合わせの内容	特 定 高 齢 者 へ の 接 触 方 法																					
	電 話 で 対 応							本 人 と 面 談							そ の 他							
	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ	内 容	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ
八 尾 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	書類を送付	○	○	○	○			
富 田 林 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	電話で対応の後、了解を得て訪問	○	○	○	○	○	○	○
河内長野市															事業の案内送付	○	○	○	○	○	○	○
柏 原 市																						
羽 曳 野 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
藤 井 寺 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	書類を送付	○	○	○	○	○	○	○
大阪狭山市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
河 南 町																						
千早赤阪村								○	○	○	○	○	○	○								
高 石 市	○	○	○	○				○	○	○	○				書類を送付	○						
貝 塚 市																						

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

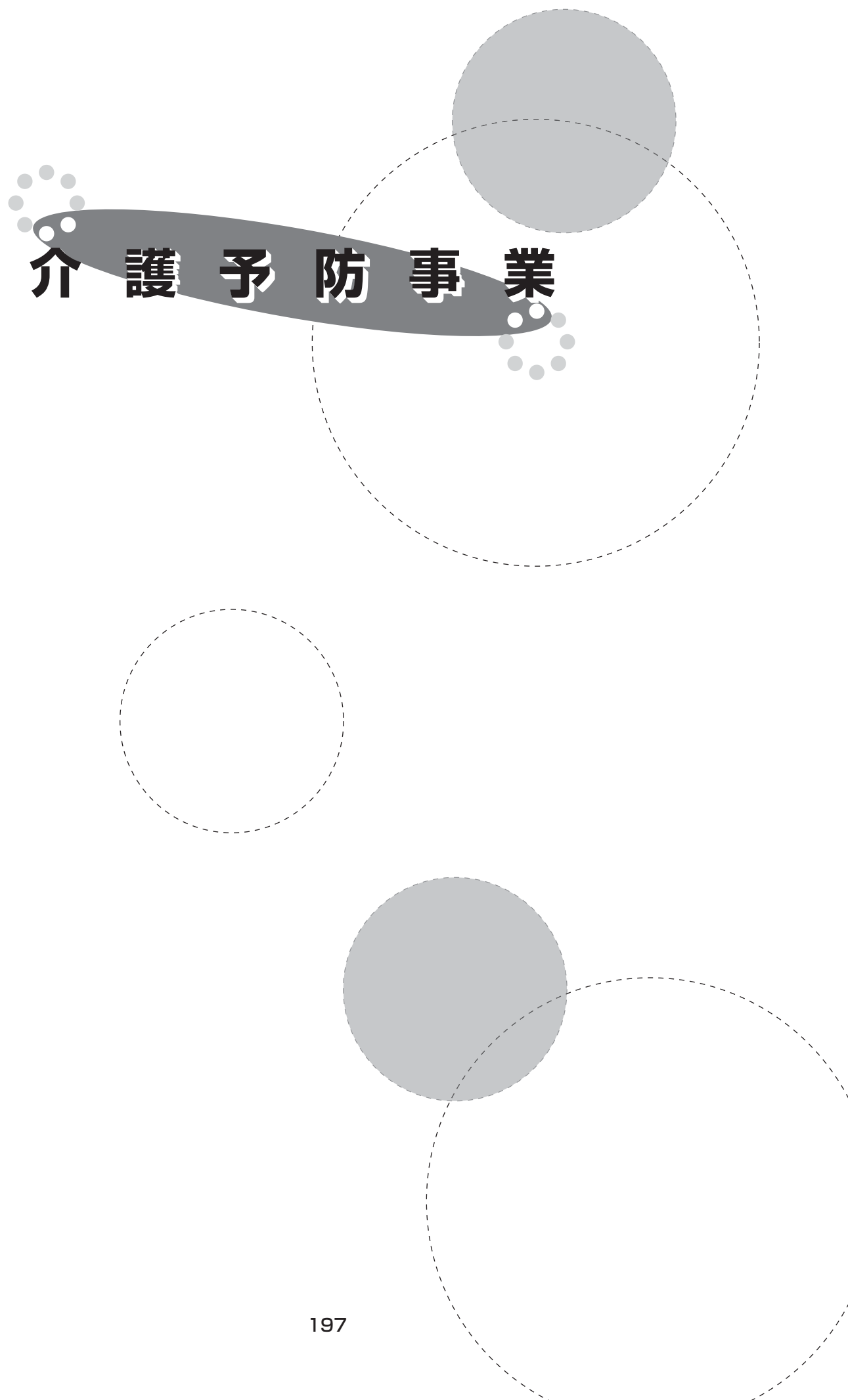
特定高齢者がなかなかあがってこない状況が多いようですが、何か検討している点などありましたら教えてください。		地域支援事業実施要綱の特定高齢者選定方法について検討が必要と思われますか。どのような点について検討が必要と思われるですか。		
実施している事	検討している事	はい	いいえ	検討が必要と思われる点
	地域住民や各関係団体へのチェックリストの普及・活用			
・基本健康診査で、基本チェック項目では特定高齢者に該当しないが、総合判定で生活機能の低下が有りと判定された人について、再度地域包括支援センターが訪問して把握する。 ・従来配食サービスを受けている人について、地域包括支援センターが訪問して把握する。		○		1. 基本チェック項目から特定高齢者の候補者を選定する際 ・認知症・うつの取り扱いについて ・質問項目の設問について（1番と16番、17番の外出の意味など） 2. 医師の総合判定の可否と基本チェック項目の該当非該当が、一致しない場合の取り扱い 3. 基本健康診査以外の情報収集のうち、関係機関との連携方法
市立保健センターで実施しているB型機能訓練で基本チェックリストを実施したり、老人クラブに働きかけ各地区の集会所で把握事業を実施している。また市立福祉センターでも実施。		○		チェックリスト内容を含む選定方法の見直し
① 民生委員など地区住民よりの情報提供（独居、緊急通報システム登録者）② 老人福祉センター、出前講座における個別相談時 ③ 老人保健法による重複医療受診者への医療費適正化訪問事業 ④ 老人医療の窓口で来所者 ⑤ 介護保険認定非該当者 ⑥ 歯周病健診における基本チェック	食のアセスメント事業における特定高齢者への介護予防事業の具体的な内容	○		
・民生委員を通して、地域の気になる高齢者に声かけを進めている。 ・保健師や在宅介護支援センターが地域の高齢者に介護予防の啓発を進めている。		○		・運動器については、基準が厳しくゆるめるべき。 ・口腔機能の口腔内衛生状態と嚥下テストを適切に行うことが難しくはずして欲しい。
・候補者になりそうな人には基本健康診査受診を促す		○		・認定を受けているかたの中にも、特定高齢者対象の事業に参加することが適当と思われるかたがいる。 ・チェック項目の記入基準が人によってばらつきがあり、正しい回答になっていないことがある。
地域包括支援センターの活動を地域の関係機関や団体に知っていただくために、地域包括支援センター職員が地域を回り、講演や説明を行っている。その中で、基本チェックリストや介護予防事業についての理解を呼びかけている。		○		関係機関（医療機関、保健センター、民生委員等）には機会あるごとに、特定高齢者の把握に協力を呼びかけているが、介護予防健診を受けなければならないことや、情報提供してもらっても特定高齢者の決定ができないケースも多く、その方々への対応が難しいと感じている。選定方法の基準が厳しすぎることで、対象者が少ないと考えられるが、介護予防の視点で考えれば、選定基準を緩めるか、スケールとしているチェックリストの見直しが必要と考える。
民生委員のひとり暮らし高齢者・高齢者夫婦世帯の生活調査時に基本チェックリストを配布・回収し、候補者になりそうな人に個別健診受診を促す。	65歳以上の介護保険認定者、住民健診受診者、民生委員の調査で把握した人以外の人に基本チェックリストを郵送し、返送してもらい把握する。候補者になりそうな人に個別健診受診を促す。	○		基本チェックリストの基準について該当する人は、介護予防の対象ではなく、重度の人が多い。基準の検討が必要だと思われる。また、生活機能評価で候補者になりそうな人は医療優先と判定されることが多く、特定高齢者になりにくい。
・民生委員、ケアマネに候補者になりそうな人がいれば保健センターに紹介していただくよう依頼している ・介護保険非該当者で介護予防事業の必要性のある人は、高齢介護係より連絡してもらう		○		・要支援1より生活機能評価の基本チェックリストのほうが、基準が厳しいように思われる。国の基準の見直しが必要でないか
	介護保険非該当者に案内文を発送する。	○		介護保険認定を受けていることにより、特定高齢者から外れてしまうので、要支援者に対する取り組みが必要。
在宅介護支援センターに委託し、基本チェックリストを用いて把握 一般高齢者事業の教室等で基本チェックリストを用いて把握		○		選定基準が厳しく、関係機関等から報告される候補者が基準からもれてしまう可能性が高い

介護保険制度と社会保障制度

問い合わせの内容	特 定 高 齢 者 へ の 接 触 方 法																					
	電 話 で 対 応							本 人 と 面 談							そ の 他							
	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ	内 容	生活機能低下	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ
泉 佐 野 市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
泉 南 市	○	○	○	○	○	○									地域包括支援センター による個別訪問	○	○	○	○	○	○	
熊 取 町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
岬 町							○	○	○	○	○	○	○	○								
くすのき 広 域 連 合															未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

特定高齢者がなかなかあがってこない状況が多いようですが、何か検討している点などありましたら教えてください。		地域支援事業実施要綱の特定高齢者選定方法について検討が必要と思われる点について検討が必要と思われますか。どのような点について検討が必要と思われますか。	
実施している事	検討している事	はい いいえ	検討が必要と思われる点
介護認定非該当者・昨年度のA型機能訓練参加者のうち、候補者に基本健診のすすめ 小地域ネットワークや1人暮らし高齢者の集まりで、基本チェックリストに答えていただき、候補者には訪問する歯周疾患検診の間診項目に口腔機能関連3項目を入れている	平成17年度の介護認定非該当者にも接触し、候補者には基本健診などのすすめ	○	現状のままだと、特定高齢者のIADLに大きな格差を感じる医師会などと連携し、たとえば膝関節の疾患でADLが制限されている人を特定高齢者にするなど選定方法も検討したほうがよいと見え、選定されても、介護予防事業に結びつくまでに拒否などがあり、効率的でない一般高齢者も含めた地域での集いがたくさんあるほうが効果的ではないか
65歳以上の非該当の認定を受けた者及び、75歳以上の独居高齢者及び高齢者のみの世帯で介護保険サービスを利用していない者に対し、地域包括支援センター職員が訪問し実態調査を行い、特定高齢者となる可能性のある者に対して、基本健康審査を勧める予定である。			
介護保険非該当の方への基本健康診査案内通知 民生委員児童委員や校区福祉委員への周知	高齢者健康相談で、生活機能評価を行う	○	特定高齢者判定基準の再考 もっと参加しやすい事業のながれにすることが予防効果拡大につながる
・独居高齢者の訪問調査 ・地区福祉委員会への情報提供依頼	・老人クラブへの情報提供依頼	○	・現在の基本チェックリスト25項目が十分なものであるかの議論が必要ではないかと思う。特定高齢者のスクリーニング基準の検討もあわせて必要ではないか。
	民生委員からの連絡や老人クラブ等での啓発情報提供。地域包括支援センターの相談業務との提携。	○	基本チェックリストによる判定で把握される特定高齢者候補者は、多くの場合、要支援等の認定者に該当するのではないかと見込まれる。判定基準のレベルに対する検討が要るのではないか。



介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通																			所					
	運																			動					
	今年度の計画について			実 施 方 法 に																					
	ク ル 数	1 ク ール の 回 数	1 回 の 定 員 数	直 営										委 託											
				ク ル 数	1 クールの担当者（延べ人数）								ク ル 数	委 託 事 業 所 名											
					内 訳									1 人	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名					
看 護 師 （ 人 数 ）	保 健 師 （ 人 数 ）	理 学 療 法 士 （ 人 数 ）	そ の 他 （ 人 数 ）	資 格 （ 人 数 ）	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名															
豊 中 市	10	9（直営） 12（委託）	20	3	54	○	9	○	9	○	9	○	介助員	27	3	(株)ニチイ学 館									
池 田 市	6	24	15												6	(助)池田市医 療センター									
吹 田 市	12	24	10	12						○	2	○	体育指導員	4											
高 槻 市	11	12	20	11	4	○	1	○	2			○	作業療法士	1											
茨 木 市	26	12	10												26	(株)OSU Helth Support Academy		(株)セントラ ルススポーツ		(助)茨木市保 健医療セン ター					
箕 面 市	8	12	15												8	(株)オージー スポーツ									
摂 津 市	2	12	15												2	財団法人	摂津市保健 センター								
豊 能 町	2	20	15	2	85	○	40	○	20	○	10	○	作業療法士 健康運動指 導士	15											
能 勢 町	2	12	15							○					2	社会福祉法 人 芙蓉福 祉会	青山荘在宅 介護支援セ ンター								
大 東 市	2	12	20												2		(株)OSU Health Support Academy								
交 野 市	48	24	20		1	○				○	1	○	OT・介 護 運動指導士	1											
八 尾 市	4	24	100	0											4	選定中									
富 田 林 市																									
河内長野市	2	24	20												2	社会福祉法 人ラポール 会									
河内長野市 (2)	2	24	15												2	社会福祉法 人河内長野 市社会福祉 協議会									

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																						
器																						
ついで								委託条件について														
1クルールの担当者（延べ人数）								会場		委託費用について						予 算 措 置 費 用		最 低 開 催 人 数				
								委 託 事 業 所 が 準 備	市 が 準 備	年 間 単 価	1 ク ル 単 価	1 回 単 価	参 加 者 1 人 当 た り 単 価	そ の 他	費用の設定方法							
看 護 師 （ 人 数 ）	保 健 師 （ 人 数 ）	理 学 療 法 士 （ 人 数 ）	そ の 他 （ 人 数 ）	資 格 （ 人 数 ）	設 定 な し	設 定 あ り （ 人 数 ）	備 考 欄															
48	○	12				○	運動指導員 介助スタッ フ	36	○				○				11,222,800円	○会場借り上げ料、送迎 委託料込み○計画より委 託分を縮小して実施	○	1		
72	○	48				○	作業療法士	24	○	○							6,730,000円		○			
	○	24				○	運動指導士 等	36	○	○							27,478,000円	計画数を見直し実施して いるため、委託費は減と なっています。		○	1	
										○			○				4,807,800円			○	5	参加者が少ない場合は、 業者と協議のうえ、開催 を決定する。
5	○	1	○	1	○	1	○	運動指導士、 事務員	2	○		○					487,600円		○			特定高齢者のみでなく、 周辺の方にも案内し、一 般高齢者施策として合同 で実施予定である。
3						○	1	○	介護予防指 導士、 ボランティ ア	2		○	○				800,000円	来年度は直営を検討。	○			
47							○	栄養士 5 歯科衛生士 5 歯科医 師 1 健康 運動指導士 12 補助員 24	47		○		○				3,024,000円	（1 教室）健康運動指導士 1 回 18,000円×12回×1 人 補 助 員 5,000円×12 回×2人 歯科医師 40,000 円×1人 歯科衛生士5,700 円×5回×1人 栄養士 5,500円×5回×1人 ＊1クルール目 2 教室 2クルール目 5 教室開催 予定		○	5	
	○					○	○	医師・作業 療法士・介 護職員等		○					○	参加者 1 人 当たり月額 単価	26,112,000円	計画では4クルール実施予 定であったが、実施時期 の遅れにより、1クルール の実施となる見込み。		○	1	
										○			○				4,200,000円	これから仕様等を定めて、 認知症予防をあわせた事 業を1月から委託予定。				
96	○	24				○	運動健康指 導士等	72	○	○							17,618,200円		○			
72	○	24				○	運動健康指 導士等	48	○	○							17,618,200円	他の筋力向上教室、転倒 予防教室予算を合算して の運動器予算	○			

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所																		
	運 動																		
	今年度の計画について			実 施 方 法 に															
	ク 1 ル 数	1 ク ール の 回 数	1 回 の 定 員 ル	直 営									委 託						
				ク 1 ル	1 クールの担当者（延べ人数）									ク 1 ル	委 託 事 業 所 名				
看 護 師 （人 数）					保 健 師 （人 数）	理 学 療 法 士 （人 数）	そ の 他 格 別 （人 数）	資 格 別 （人 数）	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名		会 社 名				
河内長野市 (3)	3	12	20										3	(財)健康管理・開発センター					
河内長野市 (4)	2	24	20										2	(財)健康管理・開発センター					
河内長野市 (5)	2	3	10										2	社会福祉法人河内長野市社会福祉協議会					
河内長野市 (6)	7	3	20										4	(財)健康管理・開発センター					
柏 原 市	3	14	25										3	(財)健康管理センター					
羽 曳 野 市	0																		
藤 井 寺 市	1	12	10										1						
大阪狭山市	5	25	8										5	医療法人さくら会					
河 南 町	3	24	15 ～ 20	3	62	○	15	○	15	○	4	○	健康運動指導士	28	0				
千早赤阪村	2	24	10										2	社会福祉法人	一梅会				
高 石 市	2	12	20										2	未定	未定				
貝 塚 市																			
泉 佐 野 市																			
泉 南 市	9	12	20										12	福）長寿会		福）恩賜財団済生会大阪府済生会			
熊 取 町	1	26	30	1	12 3	○	28	○	28	○	6	○	健康運動指導士 大学講師（委託）	61	大阪体育大学		(財)フィットネス21事業団		
岬 町																			
くすのき 広 域 連 合	1	1	15										1						

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																									
器																									
つ　い　て										委　託　条　件　に　つ　い　て															
1クルールの担当者（延べ人数）										会場		委託費用について						予　算　措　置　費　用				最　低　開　催　人　数			
										委託事業所が準備	市が準備	年	1クール単価	1回単価	参加者1人当たり単価	その他の	費用の設定方法								
看護師（人数）	保健師（人数）	理学療法士（人数）	内　　訳		その他の資格（人数）	金額	備　考　欄	設定なし	設定あり								（人数）	備　考　欄							
36	○	12					○	運動健康指導士等	24	○		○						17,618,200円	他の筋力向上教室、転倒予防教室予算を合算しての運動器予算	○					
72	○	24					○	運動健康指導士等	48	○		○						17,618,200円	他の筋力向上教室、転倒予防教室予算を合算しての運動器予算	○					
9	○	3					○	運動健康指導士等	6	○		○						17,618,200円	他の筋力向上教室、転倒予防教室予算を合算しての運動器予算	○					
9	○	3					○	運動健康指導士等	6	○		○						17,618,200円	他の筋力向上教室、転倒予防教室予算を合算しての運動器予算	○					
4	○		1	○		1		○	健康運動指導士	2		○		○				1クール開催分980,000円	1クール参加人数25名分の委託料のため人数によって金額（諸経費分）は変更になる。最終の人数にて清算する。		○				
32	○	12				○	6	○	健康運動指導士等	14		○		○				560,000円	・来年度は年間での契約を検討	○					
75	○	25				○	25	○	健康運動指導士	25		○	○					6,665,000円	予算額は上記金額であるが、本年度は6,018,600円で契約。	○					
72	○	24				○	24	○	運動指導士	24	○				○			1,641,600円			○		1		
40	○	12						○	健康運動指導士	28		○					○	未　定	未　定		○				
36						○	12	○	包括支援センタースタッフ	24		○			○			1,228,000円	委託料　1,120,000円 単　　価　10,000円 保険料　108,000円	○					
						○	6	○	健康運動指導士　大学講師（委託）	61		○			○			1,084,000円		○					
											○		○					通所型全部で40,552,000円	未確定		○	5	未確定		

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所																				
	運 動 器			栄																	
	委託条件について			今年度の計画について			実 施 方 法 に														
	最低開催人数に満たない場合 の委託費用の支払			ク 1 ク 1 ル 数	1 ク 1 ル の 回 数	1 回 の 定 員 数	ク 1 ク 1 ル 数	直 営							委 託 事 業						
								1 クールの担当者（延べ人数）							ク 1 ク 1 ル 数	委 託 事 業					
								看 護 師 (人 数)	保 健 師 (人 数)	栄 養 士 (人 数)	そ の 他 資 格 (人 数)	法 人 名	会 社 名	法 人 名		会 社 名					
豊 中 市	○		事業内容を、一般高齢者施策事業に切り替えて事業実施すること前提	5	8	10	0										2	(国) 貴 島 会 クリニック			
池 田 市				8	6	10	8	12					○	12							
吹 田 市																					
高 槻 市				4	6	15	4	3	○	1	○	1	○	1							
茨 木 市	○		開催しない	2	8	10												(株)セントラ ルススポーツ			
箕 面 市	○		参加者が少ない場合は、業者と協議のうえ、開催を決定する。																		
摂 津 市				1	8	15											1	財団法人	摂津市保健 センター		
豊 能 町				2	20	15											2	(財)若さの栄 養学協会			
能 勢 町	○			1	6	15	1	2			○	1	○	1							
大 東 市	○			1	16	20	1				○	16	○	16	○	ラン チ サ ポーター	80				
交 野 市				4	8	10							○	1							
八 尾 市	○			2	6	20	0										2	選定中			
富 田 林 市																					
河内長野市				2	6												2	(財)健康管理 ・開発セン ター			
河内長野市 (2)				4	4	15											4	(株)コナミ& ライフ			
河内長野市 (3)																					
河内長野市 (4)																					
河内長野市 (5)																					
河内長野市 (6)																					
柏 原 市	○			0																	
羽 曳 野 市				0																	

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																					
養																					
つ い て												委 託 条 件 に つ い て									
託												会場		委託費用について					予 算 措 置 費 用		
所 名		1 クールの担当者（延べ人数）										委 託 事 業 所 が 準 備 備 間	年	費用の設定方法							
法 人 名	会 社 名	内 訳												1 クール単価	1 回単価	参加者1人当たり単価	そ の 他	金 額	備 考 欄		
		看 護 師（人）	保 健 師（人）	理 学 療 法 士（人）	そ の 他（人）	資 格	（人 数）														
		26	○	8			○	16	○	医師	2	○			○			3,544,000円	○会場借り上げ料込み○ 計画より事業実施回数を 縮小		
								○	8	○	補助員	8	○	○				1,890,000円	計画数を見直し実施して いるため、委託費は減と なっています。		
		5			○	1	○	2	○	運動指導士、 事務員	2	○			○			176,735円	栄養士は2人体制である が、1人は市職員（保健 事業担当の常勤栄養士） が行うため、費用に含め ていない。		
		40					○	40					○		○			2,000,000円			
			○				○		○	医師		○				○	参加者1人 当たり月額 単価	2,862,000円	計画では2クール実施予 定であったが、実施時期 の遅れにより、1クールの 実施となる見込み。		
												○			○			2,205,000円	これから仕様等を定めて 認知症予防をあわせた事 業を1月から委託予定。		
		16	○	4			○	10	○	健康運動指 導士	2							1,495,200円	栄養改善、栄養改善実習 の合計予算		
								○	1	補助								1,495,200円	栄養改善、栄養改善実習 の合計予算		

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所																				
	運 動 器			栄																	
	委託条件について			今年度の計画について		実 施 方 法 に															
	最低開催人数に満たない場合 の委託費用の支払			ク 1 ク 1 の 回 数	1 ク 1 の 回 数	1 回 員 数	直 営								委 託 事 業						
							ク 1 ク 1 の 回 数	1 ケールの担当者（延べ人数）						ク 1 ク 1 の 回 数	委 託 事 業						
								看 護 師 (人 数)	保 健 師 (人 数)	栄 養 士 (人 数)	そ の 他 資 格 (人 数)	法 人 名	会 社 名		法 人 名	会 社 名					
藤 井 寺 市				1	3	10	1	36					○	36							
大阪狭山市	○																				
河 南 市				2	5	15 ～ 20	2	15			○	5	○	10			0				
千早赤阪村		○		1	7	15										1	社会福祉法人	一梅会			
高 石 市				1	6	20										1	未定	未定			
貝 塚 市																					
泉 佐 野 市				1	8	10	1				○	8	○	32	○	歯科衛生士・言語聴覚士など	2				
泉 南 市				1	12	20											1	福）長寿会	※いずれか	福）恩賜財団済生会大阪府済生会	※いずれか
熊 取 町				1	9	10	1	36			○	12	○	24							
岬 町																					
くすのき 広 域 連 合	○	未確定		1	6	15											1				

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																						
養																						
つ い て												委 託 条 件 に つ い て										
託												会場		委託費用について						予 算 措 置 費 用		
所 名		1 クールの担当者（延べ人数）										委託事業所が準備	市が準備	費用の設定方法								
法 人 名	会 社 名	看護師 （人 数）	保健師 （人 数）	理学療法士 （人 数）	（人 数）	その 他	資 格	（人 数）						年	1 ク ール 単 価	1 回 単 価	参加者1人当たり 単価	そ の 他			金 額	備 考 欄
			14	○	7			○	7						○				168,000円			
			12					○	6	○	アシスタント	6	○				○	未 定	未 定			
			24					○	12	○	包括支援センタースタッフ	12	○		○				180,000円	15,000円×12回		
												○		○					通所型全部で40,552,000円	未確定		

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通										所																			
	栄 養										口																			
	委 託 条 件 に つ い て										今年度の計画について										実 施 方 法									
	最 低 開 催 人 数					最低開催人数に満たない場合 の委託費用の支払い					ク 1 ク 1 の 回 数	1 ク 1 の 回 数	1 回 の 定 員 数	直 営										委						
	備 考 欄					支 払 わ ない 備 考 欄								1 クールの担当者（延べ人数）										ク 1 回 の 定 員 数	委					
														内 訳																
設 定 な し	設 定 あ り	(人 数)	備 考 欄					支 払 う	支 払 わ ない 備 考 欄					看 護 師 (人 数)	保 健 師 (人 数)	栄 養 士 (人 数)	そ の 他 資 格 (人 数)	1 回 の 定 員 数	法 人 名											
豊 中 市	○	1						○						事業内容を、一般高齢者施策事業に切り替えて事業実施すること前提	2	6	10	0											2 (株)オーラル21	
池 田 市									8	6	10	8	18				○	18												
吹 田 市																														
高 槻 市									12	3	15	12	3	○	1	○	1	○	1											
茨 木 市	○	1				○	開催しない		3	6	10										3 (株)セントラルスポーツ									
箕 面 市																														
摂 津 市	○								1	3	15										2 財団法人									
豊 能 町	○								2	4	15	2	12	○	4	○	4	○	4											
能 勢 町									2	3	15	2	3		○	1	○	2												
大 東 市									1	8	20										1 大東歯科医師会									
交 野 市									12	6	4						○	2												
八 尾 市	○	1				○			4	3	20	0									4 選定中									
富 田 林 市																														
河内長野市									3	3	15										3 (社)大阪府歯科衛生士会									
河内長野市 (2)																														
河内長野市 (3)																														
河内長野市 (4)																														
河内長野市 (5)																														
河内長野市 (6)																														
柏 原 市									0																					
羽 曳 野 市									0																					
藤 井 寺 市									1	3	10	1	12				○	12												
大阪狭山市									1	6	20	1	28		○	6	○	18	○	歯科医師、 管理栄養士、 健康運動指導士	4									

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通										所																	
	栄 養										口																	
	委 託 条 件 に つ い て										実 施 方 法																	
	最 低 開 催 人 数				最低開催人数に満たない場合 の委託費用の支払い						ク 1 ル 数	1 ク ー ル の 回 数	1 回 の 定 員 数	直 営								委						
														1 クールの担当者（延べ人数）								委						
	設 定 な し	設 定 あ り	（人 数）		備 考 欄	支 払 う	支 払 わ ない	備 考 欄	看 護 師 （人 数）	保 健 師 （人 数）				栄 養 士 （人 数）	そ の 他 資 格 （人 数）	1 人 名												
河 南 市													3	4	10 ～ 15	3	18				○	4	○	4	○	歯科医師、 言語聴覚士、 管理栄養士	2 4 4	0
千早赤阪村		○	1				○						2	3	10											2	社会福祉法人	
高 石 市	○												2	3	20											2	未定	
貝 塚 市																												
泉 佐 野 市													2	5	5	2				○	5	○	7	○	栄養士・言語聴覚士など	3		
泉 南 市	○												1	12	20											1	福）長寿会	
熊 取 町													1	8	10	1	44			○	11	○	22	○	言語聴覚士	11		
岬 町																												
くすのき 広 域 連 合	○			未確定									1	6	15											1		

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																				
腔																				
に つ い て												委 託 条 件 に つ い て								
託												会場		委託費用について						
託 事 業 所 名					1 クールの担当者（延べ人数）							委託事業所が準備	市が準備	年 間	費用の設定方法					
会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	内 訳										1 クール単価	1 回単価	参加者1人当たり単価	その他の		
					看護師（人数）	保健師（人数）	理学療法士（人数）	その他の資格（人数）	資 格											
一梅会					8	○	3			○	3	○	歯科医師	2	○			○		
未定					10					○	10				○			○	未定	
※いずれか	福）恩賜財団 済生会大阪府 済生会	※いずれか			36					○	12	○	包括支援セ ンター ス タッフ	24			○			
														○						

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所																
	口 腔										閉 じ こ も り ・						
	委 託 条 件 に つ い て										今年度の計画について		実 施 方 法				
	予 算 措 置 費 用		最 低 開 催 人 数		最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い	ク ー ル 数	1 ク ー ル の 回 数	1 回 の 定 員	直 営								
									1 クールの担当者（延べ人数）								
	金 額	備 考 欄	設 定 な し	設 定 あ り （人 数）	備 考 欄	支 払 わ ない う	備 考 欄	ク ー ル 数	1 ク ー ル の 回 数	1 回 の 定 員	ク ー ル 数	1 ク ー ル の 回 数	1 回 の 定 員	内 訳			
看 護 師														（人 数）	保 健 師	（人 数）	そ の 他
豊 中 市	2,697,200円	○会場借り上げ料込み○計画より定員・事業実施回数を縮小	○ 1			○	事業内容を、一般高齢者施策事業に切り替えて事業実施すること前提	0									
池 田 市								1	12	20	1				○ 12	○	言語聴覚士 12
吹 田 市																	
高 槻 市								0	0	0							
茨 木 市		計画数を見直し実施しているため、委託費は減となっています。	○ 1			○	開催しない										
箕 面 市																	
摂 津 市	123,000円							2	12	15							
豊 能 町								1	4	20	1	16	○ 8	○ 4	○	作業療法士	4
能 勢 町								1	24	15							
大 東 市	100万円	ハイリスク教室だけでなく、一般高齢者施策も含めて一括予算 1 クール 2 教室 × 2 クール 口腔サポーター養成講座 1 クール 6 回	○ 5			○	最低開催クール数を設定し、設定数分については申し込み・参加者が0人であっても委託費用を支払う。	1	12	20	1	60				○ 作業療法士	60
交 野 市																	
八 尾 市	3,288,000円	計画では4クール実施予定であったが、実施時期の遅れにより、1 クールの実施となる見込み。	○ 1			○		0									
富 田 林 市	2,205,000円	これから仕様等を定めて、認知症予防を合わせた事業を1月から委託予定。															
河内長野市	512,400円							3	3	15							
河内長野市 (2)								1	3	15							
河内長野市 (3)																	
河内長野市 (4)																	
河内長野市 (5)																	
河内長野市 (6)																	

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																					
う つ ・ 認 知 症 ・ そ の 他																					
に つ い て														委 託 条 件 に つ い て							
委 託 事 業 所 名														会 場		委 託 費 用 に つ い て					
ク	委 託 事 業 所 名						1 クールの担当者（延べ人数）						市	年	費用の設定方法						
	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	内 訳								委 託 事 業 所 が 準 備	1 クール単価	1 回 単 価	参 加 者 1 人 当 たり 単 価	そ の 他		
ル							看 護 師	（ 人 数 ）	保 健 師	（ 人 数 ）	そ の 他	資 格	（ 人 数 ）								
1	社会福祉法人	能勢町社会福祉協議会					7					○ ボランティア	7	○	○						
														○							
3		(株)コナミ&ライフ					○	3				○ 臨床心理士等	6								
1	(財)健康管理・開発センター						9	○	3			○ 健康運動指導士	6								

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通										所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	口 腔										閉 じ こ も り ・																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	委 託 条 件 に つ い て										今年度の計画について			実 施 方 法																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	予 算 措 置 費 用		最 低 開 催 人 数			最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い		ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	直 営																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
											1 クールの担当者（延べ人数）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	金 額	備 考 欄	設 定 な し	設 定 あ り	（人 数）	備 考 欄	支 払 わ な い				支 払 う	備 考 欄	ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	1 ク 1 の 回 定 員 数	内 訳				（人 数）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
看 護 師																			（人 数）	保 健 師	（人 数）	そ の 他		資 格	（人 数）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
柏 原 市										0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
うつ・認知症・その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
に つ い て																	委 託 条 件 に つ い て																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
委 託 事 業 所 名																	会 場		委 託 費 用 に つ い て																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ク 1 ル	委 託 事 業 所 名						1 クールの担当者（延べ人数）										委 託 事 業 所 が 準 備	市 が 準 備	年 間	費 用 の 設 定 方 法																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	内 訳																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
							看 護 師 （人 数）	保 健 師 （人 数）	そ の 他	資 格	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）				（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）	（人 数）

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所 型								訪							
	閉じこもり・うつ・認知症・その他								閉じこもり・							
	委託条件について								今年度の計画について				実 施			
	予 算 措 置 費 用		最 低 開 催 人 数			最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い			訪 問 型 (計 画 数)	内 訳				実 施 機 関		
	金 額	備 考 欄	設 定 な し	設 定 あ り	(人 数)	備 考 欄	支 払 う	支 払 わ ない		閉 じ こ も り	認 知 症	う つ	そ の 他	委 託	包 括	市 の 機 関
豊 中 市									1350							○ 高齢介護課
池 田 市									20	—	—	—	—			○ 健康増進課
吹 田 市															○	
高 槻 市									866							○ 介護保険課職員
茨 木 市									660					○		
箕 面 市									360							○ 高齢福祉課
摂 津 市		※運動器プログラム に含む														
豊 能 町									240	60	60	60	60			○ 豊悠プラザ
能 勢 町	540,000円		○				○		30						○	
大 東 市									500							
交 野 市									未定							○ 健康増進課
八 尾 市														○ *配食安否 確認事業 のみ	○	○ 健康管理課
富 田 林 市	600,000円	これから仕様等を定めて、運動・栄養・口腔をあわせた事業を1月から委託予定。												○		○
河内長野市	620,400円								50						○	
河内長野市(2)	207,000円															
河内長野市(3)																
河内長野市(4)																
河内長野市(5)																
河内長野市(6)																
柏 原 市										設定なし	設定なし	設定なし	48			○ 保健センター
羽 曳 野 市									120	30	30	30	30			○ 保健センター
藤 井 寺 市									15							○ 健康課
大阪狭山市									300	90	90	100	20			○ 健康推進グループ
河 南 町									24							○ 健康管理課

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

問 型													
う つ ・ 認 知 症 ・ そ の 他													
方 法 に つ い て													
委 託 事 業 所 名						訪 問 担 当 者							
法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	内 訳							
						看（人 護 数 師	保（人 健 数 師	歯（人 科 生 数 士	栄（人 養 数 士	そ（人 の 他	資 格	（人 数	
						3	○	3					
						10		○	10				
							○	4	○	9			
								○	3	○	1	○	OT
								○	1	○	1	○	
(助)茨木市保険医療センター								○	1	○	1	○	
						0		○	未記入				
						3		○	2		○	1	
						2		○	2				
							○	1	○	10			
配食事業者9法人（社福法人7、医療法人2）									○			○	配達員
							○			○		○	理学療法士
								○	6				
社会福祉協議会								○	6	○	1	○	1
						12	○	2	○	5	○	4	○
						6		○	6				
						12	○	3	○	7	○	1	○
								○		○	6	○	6

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	通 所 型								訪							
	閉じこもり・うつ・認知症・その他								閉じこもり・							
	委 託 条 件 に つ い て								今年度の計画について				実 施			
	予 算 措 置 費 用		最 低 開 催 人 数			最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い			訪 問 型 (計 画 数)	内 訳				実 施 機 関		
	金 額	備 考 欄	設 定 な し	設 定 あ り	(人 数)	備 考 欄	支 払 う	支 払 わ ない		閉 じ こ も り	認 知 症	う つ	そ の 他	委 託	包 括	市 の 機 関
千早赤阪村									6	2	2	2			○	保健セン ター
高 石 市																
貝 塚 市															○	
泉 佐 野 市									20	4	7	9	栄養 3,744	○	○	保健セン ター
泉 南 市	6,488,000円	15,000円×12回×17 回×2ヶ所 保険料 30円×30人 ×12回×17回×2ヶ 所	○													
熊 取 町			○						46						○	健康課
岬 町																
くすのき 広 域 連 合									72	72					○	

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

問 型													
う つ ・ 認 知 症 ・ そ の 他													
方 法 に つ い て													
委 託 事 業 所 名						訪 問 担 当 者							
法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	法 人 名	会 社 名	内 訳							
						看 護 師 (人 数)	保 健 師 (人 数)	歯 科 医 生 (人 数)	栄 養 士 (人 数)	そ の 他 格	資 格	人 数	
						4	○	4					
						6	○	2	○	3		○ 介護福祉士	1
(福)泉ヶ丘福祉会	特定非営利活動 法人いきいきく らぶ	鶴原東在宅福祉 委員会		(福)常茂恵会		○	2	○	8			○ ボランティア	
							○	3	○	2	○	2	PT ST 2
地域包括支援セ ンター 14 ヶ所													

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	訪 問																				
	閉　じ　こ　も　り　・　う　つ　・　認　知　症																				
	7　月　末　日　ま　で　の　訪　問　実　績												委　託　条　件								
	訪問型(計画数)			内　　　　　　訳												委託費用について				予　算　措　置　費　用	
				閉じこもり			認　知　症			う　　つ			そ　の　他			費用の設定方法					
	内　　訳		内訳		内訳		内訳		内訳		年 1 回 単 価 間	あ 対 象 り 者 単 1 価 人	そ の 他	金　　額	備　　考　　欄						
男			女	男	女	男	女	男	女	男						女					
豊　中　市	1	0	1	1	0	1				1	0	1									
池　田　市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0					
吹　田　市																					
高　槻　市	0																				
茨　木　市	0															○				6,513,000円	対象者の状況等により、 雇用職種の勤務形態も変わるため、実際の支払金額は未定。
箕　面　市	0																				
摂　津　市																					
豊　能　町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0					
能　勢　町	0																				
大　東　市	0																○			2,500,000円	5,000円×500回 =2,500,000円
交　野　市	0																○			2,604,000円	・介護予防事業だけでなく、特定高齢者把握事業等においても兼務
八　尾　市	1	1		1	1					1	1		栄 養	1	1		○			5,269,250円	配食安否確認事業については、市内の事業者へ委託実施している。 訪問活動については、必要に応じて地域担当保健師等が行っている。上記の実績は、そのうち特定高齢者として認定し、介護予防ケアプランを作成した件数。
富　田　林　市																					・看護師・管理栄養士・歯科衛生士については非常勤のアルバイト雇用・理学療法士については委託で、10月から実施予定
河内長野市	0																			2,203,000円	看護師アルバイト賃金、理学療法士等報償費
河内長野市 (2)																			207,000		
河内長野市 (3)																					
河内長野市 (4)																					

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

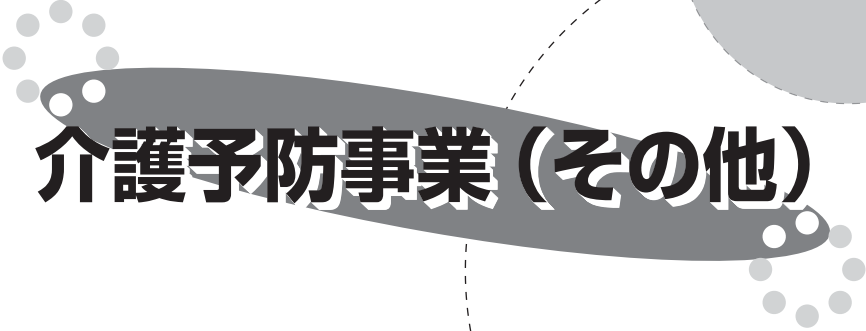
型					通 所 型 ・ 訪 問 型 共 通				
そ の 他					そ の 他				
に つ い て									
最 低 開 催 人 数			最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い						
設 定 な し	設 定 あ り	（ 人 数 ）	備 考 欄	支 払 わ な い	支 払 う	備 考 欄			
							何か困っている点や工夫している点などありましたら教えてください。		
							○特定高齢者が少なく、事業の運営が困難 ○介護予防事業の利用には介護予防マネジメントの実施が前提となるが、マネジメント自体を拒否することが多く対象者があがらない ○訪問型の位置付け（マニュアルはあるが非常にわかりにくい）と包括の見守りなどの相談事業との役割のあいまいさ		
							困っている点：特定高齢者が少ないため事業が実施できない。基本健康診査集団分（5～6月）では、事業参加者が1名のため事業を中止し、個別分で参加していただくことにした。		
							特定高齢者の数が少なく、事業の開催めどがたたない。一般高齢者施策への転換も考え中。		
							特定高齢者が少ないので、特定高齢者に準ずる虚弱な人もいれて通所型を実施している。		
○				○			・特定高齢者が上がってこないため事業が成り立たない。 ・各事業とも評価方法がよく分からない。 ・訪問型の対象者の支援期間終了後のフォローはどこが担当すべきか。		
							○対象者数が少ない ○口腔、栄養単独での通所型介護予防事業は、実施可能なほど人数が集まらない。個別対応を検討。		
							通所型介護予防事業に特定高齢者の基準にはあてはまらないが、主治医から紹介のあった方や、やや虚弱な方などに参加を勧め、受け入れる予定。		
							集団検診をもつての特定高齢者数の抽出が予想よりかなり少なかったため、高齢者全員に基本チェックシートを送付し、その把握に努めている。 また、独自に対象者基準を設けるなどの検討を行っている。 現在のところ、特定高齢者への介護予防事業は未実施である。		
							(困っている点)・特定高齢者数が少なく、各事業の開催目処が立たない。 ・特定高齢者の状況等の把握に時間がかかり委託先への調整が難しい (工夫している点)・特定高齢者のための介護予防教室終了者は地域住民主催の「大東元気でまっせ体操」教室へ繋げ、体操などの継続、住民活動へ繋げる。		
○				○					
○				○			・通所型介護予防事業については、基本健康診査等により特定高齢者として選定されても、実際に介護予防プランを作成しサービス開始まで至る者が少なく定員に満たない。 ・特定高齢者が非常に少なく、各事業の利用者が当初計画数を大幅に下回る見込みである。		

介護保険制度と社会保障制度

問 い 合 せ の 内 容	訪 問																					
	閉 じ こ も り ・ う つ ・ 認 知 症																					
	7 月 末 日 ま で の 訪 問 実 績												委 託 条 件									
	訪問型(計画数)			内 訳												委託費用について				予 算 措 置 費 用		
				閉じこもり		認 知 症		う つ		そ の 他		費用の設定方法										
	内 訳		内訳		内訳		内訳		内訳		年 間 単 価	1 回 単 価	あ 対 た 象 り 者 単 1 価 人	そ の 他	金 額	備 考 欄						
男			女	男	女	男	女	男	女	男							女					
河内長野市 (5)																						
河内長野市 (6)																						
柏 原 市				2	1	1	6	1	5	12	4	8	35	11	24			○			279,360円	管理栄養士・歯科衛生士 5,820円×48人分
羽 曳 野 市	0	0	0																			
藤 井 寺 市	0																					
大阪狭山市	0																					
河 南 町	0																					
千早赤阪村	0	0	0																	0円	保健センターの保健師が 訪問するため	
高 石 市																						
貝 塚 市	0	0	0																			
泉 佐 野 市	0																	○			2,621,000円	
泉 南 市																						
熊 取 町	0																					
岬 町																						
くすのき 広域連合	24			24														○			1,944,000円	未確定

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

型						通 所 型 ・ 訪 問 型 共 通						
そ の 他						そ の 他						
に つ い て						何か困っている点や工夫している点などありましたら教えてください。						
最 低 開 催 人 数			最低開催人数に満たない 場合の委託費用の支払い									
設 定 な し	設 定 あ り	（ 人 数 ）	備 考 欄	支 払 わ な い	支 払 う	備 考 欄						
○					○							
							特定高齢者の数が少なく事業委託を進めにくい。また、地域包括支援センターのマネジメント体制も十分整っていないため、今年度は、一般高齢者施策として特定高齢者も対象にした事業を実施することにした。					
							・特定高齢者数が少ない ・年度当初の計画より、クール数など減らしている					
							特定高齢者数が予想より少ないため、通所事業については開催が難しい。委託事業や専門職を雇用している事業の場合等、利用者が少ない場合でも経費が発生することから、コスト面での問題が生じている。次年度の計画を検討するにあたり、今後も利用者が少ないと思われる事業については、集団での事業実施が困難となる。					
							現在のところ、特定高齢者がなく、各事業の開催がない。					
							・7月の集団検診で65歳以上の受診者380人中、基本チェックリストでの特定高齢者の候補者は10人おられたが、いずれも医師の総合判定で医療優先となり、対象外になった。そのため、特定高齢者がなく、事業実施できない状況である。 ・特定高齢者の候補になった10人には保健師が個別訪問する予定 ・基本チェックリストの認知症の項目に2つ、うつ項目に4つ以上○をつけた人に対して保健師が個別訪問する予定					
							対象者が定員に満たない。					
○							拒否（活動的な場合と消極的な場合がある）ケース・耳が聞こえにくく意志疎通しにくいケースが多い あくまで本人の意思に基づくものであることを説明し通所型・訪問型の介護予防事業のチラシを作成しPRしている 費用負担なし 送迎ありとしている					
							選定すると特定高齢者が少なく、特定高齢者の一歩手前の人が多いので、特定高齢者施策の一部を一般高齢者施策に切り替えて対応することも検討している。					
○			未確定									



介護予防事業（その他）

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業							
問合せの内容	現在実施している事業名・事業内容							
	事業名	対象者	事業内容	直営	担当課	委託	委託先	実施方法
豊中市	介護予防普及啓発事業	①概ね65歳以上の高齢者②市民	①地域のふれあいサロン等において介護予防に関して啓発する ②介護予防講演会	○	健康づくり推進課			①介護予防の概念やワンポイントアドバイスについて、保健師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士等専門職が説明する②市内の地域包括支援センターを会場に、一般市民向けに介護予防の概念やワンポイントアドバイスについて、保健師・理学療法士・作業療法士が講演する
池田市	介護予防講座	65歳以上の市民	介護予防（運動、栄養、口腔、認知症予防など）についての講義・実習	○	健康増進課			いけださわかビル 1ヵ所、7回
吹田市								
高槻市	介護予防講座	老人会、地域ささえ合い事業参加者	介護予防の知識の普及、啓発	○	介護保険課			依頼のある団体等に対して実施
茨木市	介護予防普及啓発事業	65歳以上の市民	介護予防に関する事業等の啓発		高齢福祉課	○	(財)茨木市保健医療センター	・講演会・転倒骨折予防教室・寝たきり予防講座・相談会・介護予防トレーニング・介護予防運動教室（3種）
箕面市	一日運動機能アップ教室	65歳以上の高齢者で、要介護認定を受けていない人	体力測定、家庭でできる軽運動の実践、紹介			○	(株)オーグーススポーツ	毎月1回、定員20名
摂津市	笑いで介護予防	おおむね65歳以上の市民	講演・漫才・笑いの効果測定等			○	ワッハ上方	大阪府「笑いと健康バック派遣事業」と共催
豊能町	介護予防（お達者体操）教室	高齢者ほか	ストレッチ、体操、レクリエーション、交流会を主体とした活動。住民自らが自主的活動を行えるよう支援。	○	豊悠プラザ			豊悠プラザ、老人憩いの家、老人福祉センターで実施。
能勢町								
大東市	介護予防普及啓発事業	市民	1,200人規模の講演会と出前型講座	○	リハビリテーション課、健康増進課	○	(株)OSU Health Support Academy	1,200人規模の会場で運動器中心、認知症中心の講演会を開催。理学療法士、作業療法士、保健師が地域へ出向いて講座を開催。
交野市	ゆうゆう講座	おおむね65歳以上の一般市民	・運動プログラム、栄養・口腔講座・脳年齢について			○	社会福祉協議会	保健福祉総合センターにて実施 実施回数 3回 参加者延べ数 400人
八尾市	シルバーリーダー養成講座	60歳以上の一般高齢者	地域で活動するシルバーボランティア養成のための講座を開催する。	○	高齢福祉課			・一般コース（基礎課程+選択科目）計20回 ・応用コース 計5回 8割以上の出席者に対し、終了証を交付。
富田林市	介護予防教室	高齢者全般	簡単な体操やレクリエーションを行いながら、介護予防についての知識の普及と介護予防に関する自主的活動を支援する。			○	在宅介護支援センター	町会や老人クラブなどのグループ単位で申込を受け付け、簡単な体操やレクリエーションを行いながら、介護予防についての知識の普及と介護予防に関する自主的活動を支援する。

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

（ 一 般 高 齢 者 施 策 ）

実 施 方 法 （ 対 象 者 ） 等 を 教 え て く だ さ い 。

事 業 名	対 象 者	事 業 内 容	直営	担 当 課	委託	委 託 先	実 施 方 法
介護予防啓発用パンフレット作成	高齢者	啓発パンフレット作成	○	健康づくり推進課			パンフレットを作成し、啓発事業において使用。各地域包括支援センターに配付
ときめきクラブ（旧機能訓練B型）	65歳以上の市民（後期高齢者の参加が多い。）	介護予防（運動、栄養、口腔、認知症予防など）についての講義・実習、血圧測定、相談	○	健康増進課			従来、機能訓練B型として実施していたものである。 社協ふれあいサロンと共同で実施している会場もある。 9小学校区10会場、137回（各会場 約月1回）
機能訓練事業B型	独居、虚弱高齢者	転倒予防の講話、体操、レクリエーション	○	健康増進課			地区福祉委員会と共催、公民館で実施
地域介護予防活動支援事業	65歳以上の市民	地域での介護予防活動をするグループへの支援		保健医療課		（財）茨木市保健医療センター	・おたっしや教室・はつらつ運動教室・介護予防ボランティア養成講座
地域介護予防講座	65歳以上の高齢者	老人クラブやいきいきサロン、街かどデイハウスなどに出向き、介護予防に関する知識や実践方法の普及を行う。	○	高齢福祉課			市保健師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士による講義
心と体の元気体操	40歳以上の市民	健康運動指導士による健康体操の指導	○	介護保険課・公民館共催事業			
認知症予防講演会	高齢者ほか	介護予防の啓発を目的とした認知症予防講演会	○	豊悠プラザ			精神科医による講演会
介護予防サポーター養成講座	20歳以上の住民	運動器、認知症、栄養、口腔のそれぞれの住民サポーター養成講座	○	リハビリテーション課、健康増進課	○	（株）OSU Health Support Academy 大東歯科医師会	運動器、認知症は12回、栄養は7回、口腔は6回コースで講話と実技を実施
地域サポート研修	ボランティア、校区、民生委員・児童委員	講義「ボランティアとは」、AED、アイマスク体験、介助技術、車椅子体験、レクリエーション技術、介護予防体操			○	社会福祉協議会	保健福祉総合センターにて実施 実施回数 5回 参加者延べ数 273人（現在4回終了）
地域型介護予防教室事業	おおむね65歳以上の一般高齢者等	市内の在宅介護支援センター10ヵ所に委託し、地域活動組織等と連携し、転倒予防・認知症予防・自立支援・食生活改善等の介護予防教室を開催			○	市内の在宅介護支援センター	・在宅介護支援センター10ヵ所で実施 ・1ヵ所あたり年間10回以上実施予定
健康教育	高齢者全般	健康や介護予防に関する講座開催	○	健康づくり推進課			ミニドック、がん検診実施時に受診者を集めて開催

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業							
問合せの内容	現在実施している事業名・事業内容・							
	事業名	対象者	事業内容	直営	担当課	委託	委託先	実施方法
河内長野市								
柏原市	元気講座	概ね65歳以上高齢者	栄養、口腔衛生についての介護予防を中心として講座	○	高齢介護課			柏原市セレクトウエルネス事業の一貫。公募。実技や実習中心。
羽曳野市	介護予防説明会	特定高齢者の候補者他	介護予防プログラムの紹介、歯科検診と口腔内チェック、運動機能測定、個別面接	○	保健センター			特定高齢者候補及び関心のある方を対象に、保健センター・地域包括支援センター・高年介護課の共同で実施し参加者の中から特定高齢者を決定する。
藤井寺市	お達者クラブ	65歳以上の市民	体操、ゲーム、合唱など	○	健康課			保健センターで、週1回実施
大阪狭山市	口腔ケア個別相談	口腔機能低下のおそれ、または口腔ケアを必要と判断した人	ブラッシング指導、食事による誤嚥窒息予防、口腔ケア全般の話や助言	○	健康推進グループ			保健センターでの個別による相談形式 一人30分。概ね2ヶ月に1回（半日）。スタッフは歯科衛生士。
河南町	地域介護予防活動支援事業	ボランティアなど	地区福祉委員を対象にいきいきサロンなどで実施できるように健康体操などの指導を行っている。	○	健康管理課			各地区を対象に 計30回の実施を予定。
千早赤阪村	認知症予防教室	65歳以上の高齢者	認知症について理解を深める話、軽体操、レクリエーションを実施	○	保健センター			社協・地区福祉委員の協力のもと、地区に出向いて実施予定
高石市	はつらつ体力づくり教室	65歳以上の市民	体操、水泳、レクリエーション活動、介護予防の学習等	○	保健センター			保健センターと市役所別館の2ヶ所で実施。開催回数82回の予定。1ヶ所の定員は15名。登録制で6ヶ月ごとに公募。
貝塚市	お達者サポーター養成講座	おおむね60歳以上の高齢者	介護予防活動を行うための意識向上を図り、地域において自主的に介護予防活動に取り組む組織を育成・支援する。		高齢介護課	○	在宅介護支援センター	町会単位で希望を募り、その指定する会場（町会館、公民館等）で実施。1教室10回シリーズ／年、4町会で実施中。
泉佐野市	お達者教室	小地域ネットワークの活動時、集まった人	基本チェックリストの記入・保健師の話	○	保健センター			民生委員の会議でPRし、希望するネットワークに出向いて実施
泉南市	介護予防普及啓発事業	高齢者及びその家族	介護予防及び地域包括支援センター業務の普及・啓発を図るため、パンフレットを作成し配布する。	○	高齢障害介護課			パンフレットを作成し、高齢者の集まりや関係機関の会議等に配布する。
熊取町	出前型介護予防教室	一般住民	地域での介護予防普及啓発教室	○	健康課	○	熊取町社会福祉協議会	地域のサロンや長生会等の要望に応じて、教室を開催
岬町								
くすのき広域連合	介護予防用体操指導ビデオ製作		一般高齢者用に自宅でもできる予防体操用としてビデオを製作し有料で配付（構想中）	○	事業課			詳細は未定

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

（ 一 般 高 齢 者 施 策 ）

実 施 方 法 （ 対 象 者 ） 等 を 教 え て く だ さ い 。

事 業 名	対 象 者	事 業 内 容	直営	担 当 課	委託	委 託 先	実 施 方 法
足底健康教室	概ね65歳以上高齢者	足底のつばの刺激や清潔保持の仕方などの指導と簡単なストレッチを中心とした体操など	○	高齢介護課			柏原市セレクトウエルネス事業の一貫。公募。実技中心。
介護予防健康教育	地域の高齢者	保健師が地域に出向いて介護予防の啓発をする。	○	保健センター			地域の高齢者の集まりで保健師が介護予防をテーマにした健康教育を実施
栄養改善個別相談	生活習慣病、介護予防の観点から保健・栄養の指導が必要とされる人	個人の一日必要食量、バランス食、間食等についての話や助言	○	健康推進グループ			保健センターでの個別による相談形式一人30分。月に2回（1日）。スタッフは管理栄養士、保健師。
骨粗しょう症予防教室	住民	骨粗しょう症の病態及び予防のための適切な食生活についての講義・調理実習・運動実技	○	保健センター			2回1クールで年1回実施
介護予防教室・介護予防相談	おおむね65歳以上の高齢者及びその家族	介護予防の啓発により意識向上、知識普及を図る。また、健康的な生活を送れるよう集団指導を実施する。		高齢介護課	○	在宅介護支援センター	町会単位で希望を募り、その指定する会場（町会館、公民館等）で実施。介護予防相談は、介護予防教室とセットで実施。
転ばぬ先のとくとか教室	骨粗しょう症検診受診後の人など	栄養士・保健師の話 運動指導員の話と実技	○	保健センター			年1回開催 市報にも掲載しPR
生活管理短期宿泊事業	生活能力の不十分な高齢者	生活能力の改善を図るため対象者を施設入所させ、生活指導を行う。			○	市内特別養護老人ホーム	短期間の入所により生活能力の改善を図るため、指導を行う。
まちづくりお出かけ教室	65歳以上の外出する機会の少ない障害者	外出支援に向けた集団アプローチや交流を通し、社会参加の機会を広げていく。事業をとおして障害があっても外出しやすいまちづくりを推進する。	○	健康課			町内の施設等へ外出する過程を共有する。
介護予防講演会	一般高齢者	介護予防講演会により介護予防を推進する		事業課	○	各地域包括支援センター	14ヶ所の地域包括支援センターに委託して各地域単位で各3回程度実施予定。

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業							
問合せの内容	現在実施している事業名・事業内容・							
	事業名	対象者	事業内容	直営	担当課	委託	委託先	実施方法
豊中市								
池田市								
吹田市								
高槻市								
茨木市								
箕面市	自立するための料理教室	栄養改善が必要な高齢者	栄養改善に関する講義、料理作りの実践	○	高齢福祉課			栄養士を講師に迎えて実施
摂津市	ふれあいサロン	独居、閉じこもり高齢者	レクリエーション、茶話会、食事会、手芸等			○	社会福祉協議会	小学校単位で月2回開催
豊能町	転倒予防講演会	高齢者ほか	介護予防の啓発を目的とした転倒予防講演会	○	豊悠プラザ			理学療法士による転倒予防講演会
能勢町								
大東市	サポーターステップアップ講座	サポーター	サポーターとして登録している方々に情報提供や新しい体操の紹介、サポーター同士の情報交換の場として開催している	×		×		理学療法士、作業療法士、保健師が中心となり、4回／年、講話、実技、グループワークを開催。
交野市	三世代交流事業	一般市民	わらじ作りやしめ縄作りを通して高齢者と地域の子どもの世代間交流を図る	○	高齢介護課			保健福祉総合センターにて実施 実施回数 2回（7月、12月） 参加者 47人（7月分）
八尾市	介護予防普及啓発事業	市内在住の方	介護予防に関する普及啓発パンフレットの作成・配布	○	高齢福祉課			「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能向上」「認知症予防」のための介護予防パンフレットを作成し、介護予防教室、窓口等で配布する。また、特定高齢者は検診結果通知にそれぞれのリスクに応じたパンフレットを同封する。
富田林市	健康相談	高齢者全般	健康や介護予防に関する個別の相談に応じる	○	健康づくり推進課			定期的に保健センターで健康相談を開催 定期的に電話相談を開催
河内長野市								
柏原市	膝痛腰痛解消教室	概ね65歳以上高齢者	ストレッチを中心として、膝や腰の痛みの解消法などを実技にて指導する。時に介護予防一口講座実施。	○	高齢介護課			柏原市セレクトウエルネス事業の一貫。公募。実技中心。
羽曳野市	介護予防健康相談	地域の高齢者	市内4カ所の高年者サロンで定期的に健康相談を行う	○	保健センター			市内4カ所で保健師が出向いて2カ月に1回程度、介護予防の視点から健康相談を実施
藤井寺市								
大阪狭山市	骨粗しょう症教室	高齢者	転倒による骨折、寝たきり予防のための食生活、日常生活（運動習慣）の改善に関する講演、実習	○	健康推進グループ			1クールの3回で、1クール実施。スタッフは医師、管理栄養士、保健師、健康運動指導士。

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

（ 一 般 高 齢 者 施 策 ）

実 施 方 法 （ 対 象 者 ） 等 を 教 え て く だ さ い 。

事 業 名	対 象 者	事 業 内 容	直営	担 当 課	委託	委 託 先	実 施 方 法
いきいきサロンボランティア講習会	いきいきサロンに参加するボランティア	介護予防の講義及び介護予防体操やレクリエーションの実習	○	高齢福祉課			3回1コース。定員30名で社会福祉協議会と共催
ふれあいりハサロン	独居、閉じこもり、虚弱高齢者	ふれあいサロンと合同でリハビリ体操を実施	○	健康推進課			小学校単位で月1回開催
「大東元気でまっせ体操」開催地区支援事業	「大東元気でまっせ体操」開催地区	「大東元気でまっせ体操」を継続して開催する地区に対して指導員の派遣と体力測定をすることで地域を支援。			○	（株）OSU Health Support Academy	継続希望地区に対して4回健康運動指導士を派遣。ビデオなどのメディアを提供して体操を継続していただき、効果を実感してもらうための体力測定を1回／半年実施。
スポーツ講習会	おおむね60歳以上の市民	9月：グランドゴルフ、3月：ゲートボールスポーツを通じて健康の維持増進を図る	○	高齢介護課			天の川緑地公園や私部グラウンドにて実施 参加者 19人（ゲートボール）
出前介護予防講座	概ね65歳以上高齢者	受講申込者の要望を取り入れ介護予防に関する健康講座	○	高齢介護課			申し込みによる。
健康体操	概ね60歳以上	集団での健康体操	○	健康推進グループ			市内2箇所の施設（老人福祉センターで月2回、体育館で月1回）を使用して、健康体操やレクリエーションを通しての運動を指導する。 スタッフはスポーツ指導員、看護師、保健師。

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業							
問合せの内容	現在実施している事業名・事業内容・							
	事業名	対象者	事業内容	直営	担当課	委託	委託先	実施方法
河 南 町								
千早赤阪村	男の料理教室	男性	参加者がレシピをもちよってメニューを決定し、自分たちで材料を調達して調理し、食事しながら交流を深める	○	保健センター			自主グループとして自分たちで企画し、実施してもらう。保健センター保健師は助言するのみ おおむね2～3か月に1回実施
高 石 市								
貝 塚 市	家族介護教室	介護者、要介護者、介護に関心のある方	介護に関する理解を深め、負担軽減や社会参加について支援を行う。		高齢介護課	○	在宅介護支援センター	希望を募り、市内在宅介護支援センターで実施。
泉 佐 野 市	地域介護予防活動支援	地域で活動中の体操クラブなど	市内2ヶ所の活動グループのリーダーを支援している	○	保健センター			
泉 南 市								
熊 取 町	運動機能の向上ボランティア育成 介護予防体力測定研修会	一般住民	ボランティア養成講座の開催 ①健康まちづくりボランティアグループ「健康くまとり探検隊」が実施する介護予防体力測定実施に向けての研修会の開催 ②くまとり元気体操推進ボランティアの育成を含めた運動器の機能向上事業リーダー研修	○	健康課			①くまとり元気体操（仮称）の作成・普及啓発 ②研修会 講演会の開催
岬 町								
くすのき広域連合								



地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

(一 般 高 齢 者 施 策)							
実 施 方 法 (対 象 者) 等 を 教 え て く だ さ い 。							
事 業 名	対 象 者	事 業 内 容	直 営	担 当 課	委 託	委 託 先	実 施 方 法
介護予防まちづくり講演会	一般住民	介護予防に取り組む関係団体や住民組織によるパネルディスカッション方式	○	健康課			

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業（一般高齢者施策）		介護予防ケアマネジメント
問合せの内容	地域活動の関わりや利用していること等教えてください。	何か困っている点や工夫をしている点などありましたら教えてください。	特定高齢者の介護予防ケアマネジメントについて困っている点や工夫をしている点などありましたら教えてください。
豊中市	①地域のふれあいサロン等の場を利用して、介護予防について啓発している。②民生委員役員会・健康づくり推進委員会の場を利用して、市民健康診査受診勧奨を行っている	今後の課題：介護予防のポピュレーションアプローチについての体系を確立すること	○特定高齢者が少ない上々問題意識のない高齢者が多いため、継続的な関わりやマネジメントを拒否される（今後重要事項説明や利用同意を取る段階で拒否が増えると思われる）○事務手続が予防給付に近いものになりつつあり煩雑すぎる（問題意識のない特定高齢者は嫌がらる上、包括の業務が大変）○予防給付に業務のほとんどを忙殺されており、上記のような高齢者に対し理解を得るような説明などこまやかな関わりが必要ではあるができない
池田市	一般高齢者施策「ときめきクラブ」において、社協ふれあいサロンと共同実施している地区があり、地区福祉委員と連携している。	介護予防の効果をあげるには、極少数の特定高齢者へ短期間の事業を実施するよりも、多くの高齢者へ長期的・継続的に事業を実施することが有効と考えている。そこで一般高齢者施策「ときめきクラブ」に重点を置いて実施している。	
吹田市	機能訓練の卒業生で、自主グループ作りをすすめている	事業実施していく上で、マンパワー不足を感じる。	現在は、特定高齢者が少ないので対応できているが、今後人数が増えていった場合対応できない。
高槻市			ケアプランをたてることに対して、本人の理解を得るのがむずかしい。
茨木市	・老人保健事業でのB型を「おたっしや教室」へ移行し、引き続き福祉員等の地区組織の協力を得ている。	・広報の活用、市内各高齢者への出前講座等で啓発に努めている。	
箕面市	民生委員協議会やいきいきサロン等に参加した時に、介護予防事業を紹介。老健法時代の延長線上で、市内の高齢者が集まるところには出かけるようにしている。	地域支援事業の要綱では、介護予防事業は老健法における健康教育、健康相談、訪問指導等の実績を踏まえ再編とあるが、実際には一般高齢者に行った健康相談や訪問指導は事業としてあげられず、市独自事業のような形態になっている。	プランの作成に時間がかかり中身も複雑である。介護予防支援業務が忙しく、特定高齢者のマネジメント等に要する時間が確保できない。
摂津市	地区福祉委員会が実施している「ふれあいリハサロン」に健康体操リーダー養成講座修了生が協力している。また、同修了生が自主グループとして活動を開始している。	活動を継続するための財政的支援が必要。関係各課の連携では限界があり、事業の再編成や機構改革も必要。	介護予防支援の業務量が多いため、今後特定高齢者が増加した場合、十分に対応できない可能性がある。健診から教室参加までの一連の業務を健康推進課が実施しているため、地域包括支援センターによるアセスメントやプラン作成が事後になる流れになってしまう。
豊能町	民生委員等に介護予防（お達者体操）教室へ参加していただいております。地区の高齢者の方へ軽体操の普及を図っている。また、自主グループにも活動場所の提供等支援を考えている。		・これから特定高齢者と具体的な面接をしていくので、一人あたりに係る実際の手間がわからない。 ・保健センターと連携し、適切に情報交換を行う予定。 ・65歳以上の高齢者全数に基本チェックリストを送付したので、他市町よりは出現率が高いと思われる。 ・介護予防事業終了後の地域での必要な受け皿がなければ、介護予防事業のためだけのマネジメントに終わってしまう。一般施策との連携が重要。
能勢町			要支援認定を受けた予防給付対象者の介護予防サービス計画作成に追われ、特定高齢者の介護予防支援計画までは今は手が回らない。
大東市	講演会やサポーター養成講座参加者募集などの際には「大東元気でまっせ体操」教室開催地区や老人クラブ、校区地区福祉委員会などの団体、150名を超えるサポーターたちへのPRをすることで、多くの参加者を得ている。敬老会や地域団体の催しの際に出前型の講座で介護予防の話や「大東元気でまっせ体操」のPRを実施している	住民主体の介護予防を進めるためのまちづくりを力を入れている。大東市の介護保険の現状（要介護認定者や介護保険給付費の増加など）を知ってもらい、自らの問題として介護予防を捉えていただき、具体的にどんなことをすればよいのかを伝えるためのパワーポイントを作成。	データ入力が始まったばかりで、まだ対象者が選定されていない。しかし、今後介護予防支援の件数がますます増加する中で、どこまで介護予防ケアマネジメントを実施することができるか、全く読めない状況である。
交野市	・元気アップ講座で、介護予防の重要性について話し、体操や基本チェックリストを実施。継続の希望があれば支援をしていく。	・システム会議での関係課との情報交換。 ・介護予防事業実施課と集約する課が別なので、連絡等がスムーズでない。 ・マンパワー不足。	・現在は、特定高齢者数が少ないので対応できているが、介護予防支援の業務が増えてきている中で、今後特定高齢者が増えてきた場合に対応できるのか不安である。 ・プランの作成にかなりの時間がかかる。 ・要支援の認定を受けた方で、サービス利用の意向が無く、どちらかといえば介護予防の必要性が高い方のプランについて、予防給付ではなく、特定高齢者施策によるプランの方がより効果的な場合も考えられるので、選択性にならないか。

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

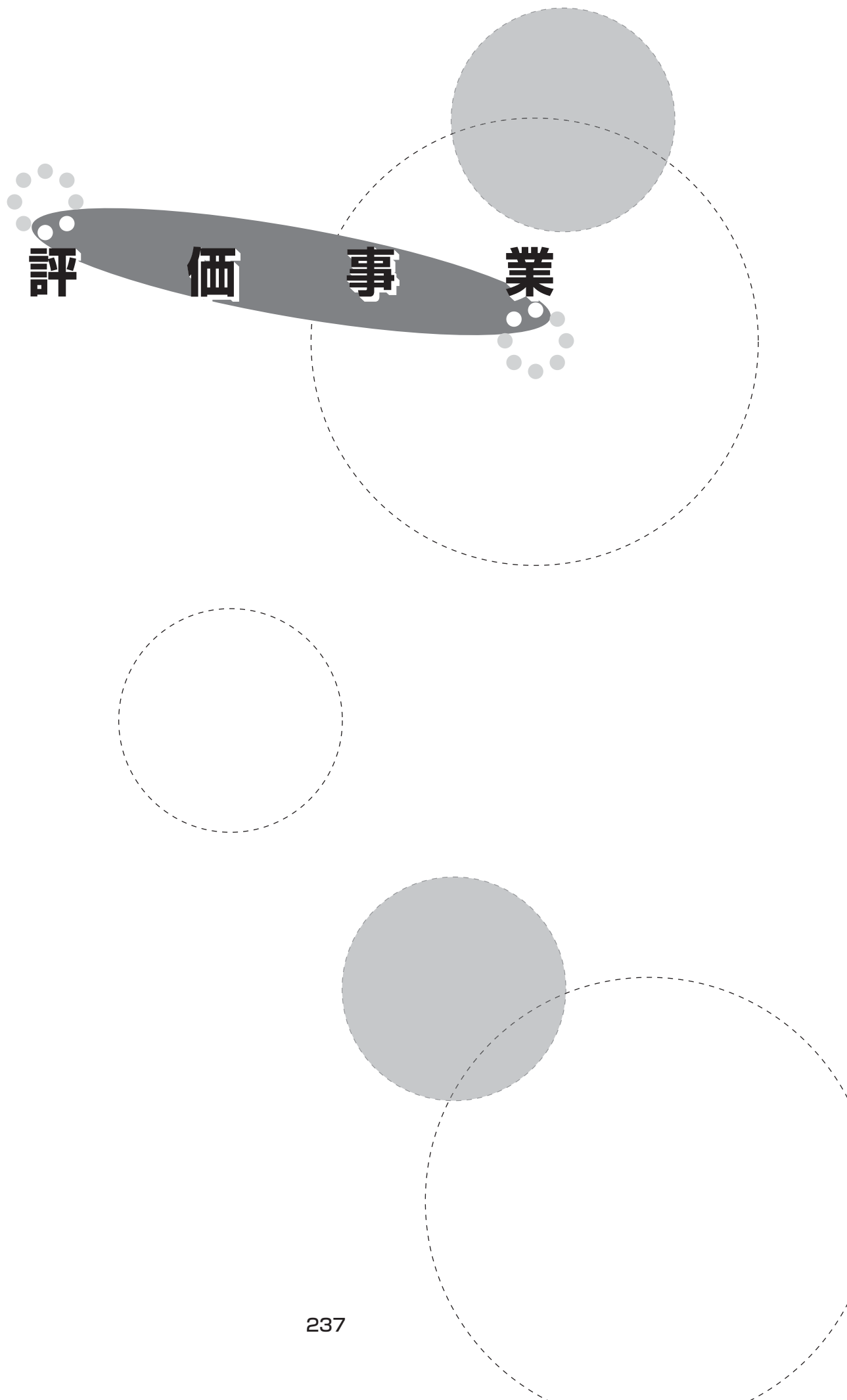
介護予防手帳								
今年度の計画について								
計画値		発注状況						
部	円（単価）	ファイルの	発注業者	ファイルと書類両方	発注業者	上記以外		発注業者
						○	予算確保できていないので、作成予定なし	
10,000	68					○		予算は計上しているが、使用については検討中。
0								
100	270	○	(株)ニック					
1,000	210	○	日興商事					
300	190	○	未定					
500	220							

介護保険制度と社会保障制度

事業	介護予防事業（一般高齢者施策）		介護予防ケアマネジメント
問合せの内容	地域活動の関わりや利用していること等教えてください。	何か困っている点や工夫をしている点などありましたら教えてください。	特定高齢者の介護予防ケアマネジメントについて困っている点や工夫をしている点などありましたら教えてください。
八尾市	在宅介護支援センターへ介護予防教室を委託実施しており、開催に際しては民生委員児童委員、地区福祉委員会及び街かどデイハウス等の地域における各団体の活動との連携を図っている。	地域活動との連携を基本としているが、地域によって活動内容等に格差がある。	ケアマネジメントそのものは新予防給付と変わらないが、対象者が現在の健診からのスクリーニングでは拾えないこと。本来支援が必要な閉じこもり、うつのリスクのある人を拾い上げる仕組みになっていないことが問題である。
富田林市			
河内長野市			様式が詳しくないので
柏原市			特定高齢者を選定し、一次アセスメントをするのが精一杯の状況である。継続して関わっていくことや通所型の教室終了後の経過フォローをしていきたいが、余裕がない。
羽曳野市	小学校区単位で高齢者の見守りネットワークを作っており、そこと連携して啓発活動や教育活動、対象者の把握を進めている		
藤井寺市	「百歳まで生きよう運動」として老人クラブ対象に、様々な関係機関がメニューを提供し、老人クラブの活性化を図っている。	高齢介護課、保健センター、地域包括支援センターで定期的に会議を持ち、連携に努めている。	提供できるメニューの不足
大阪狭山市		老人保健事業で廃止になったB型機能訓練を、今後介護予防事業にどのように位置づけていくかを検討中である。	現在のところ対象者（特定高齢者）が少ないので保健師で対応できているが、本市の状況では介護予防支援が本年11月より委託が難しくなることから、徐々に保健師が介護予防支援の対応に追われ、特定高齢者の介護予防ケアマネジメントに対することが対応が困難になると考えられる。ケアマネジメントの簡略化等についても検討してほしいと考える。
河南町	地区福祉委員に対していきいきサロンで実施できるように、健康体操などの指導を行っている。		現在のところ、特定高齢者がいないため、プラン作成に当たっていない。
千早赤阪村	・健康ちはやあかさか21（健康増進計画）で制作した千早赤阪村健康ストレッチ体操を、各地区に出向いて普及している	・保健センターでの実施では参加者が少ないので、地域に出向いてや他の事業にタイアップして実施している	・特定高齢者がいないため、現在のところ特になし
高石市	長期間の参加者に、自主グループ化を進める。	運動指導リーダー育成が必要	
貝塚市			候補者数自体が少なく、ケアマネジメントに至っていない。
泉佐野市	小地域ネットワークとの連携	市内各所に地域活動がもっと、活動すれば、介護予防に効果的ではないか	基本健診や介護予防チェックリストの結果から介護の必要性を説明し、予防策の動機付けをしっかりとるように工夫している。特定高齢者の数が少ないために、介護予防事業がタイムリーに準備できず検討が必要である。
泉南市	老人クラブや地区福祉委員のイベントに地域包括支援センター職員が積極的に向き、介護予防の説明会等を実施し、地域との連携を図る。		
熊取町	健康まちづくり自主グループとの関わり 地区組織への啓発 介護サービス課や地域包括支援センターと月1回ごとに連絡会議をもっている。 大阪体育大学への委託		
岬町			
くすのき広域連合			

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

介護予防手帳								
今年度の計画について								
計画値		発注状況						
部	円（単価）	ファイルの	発注業者	ファイルと書類両方	発注業者	上記以外		発注業者
		○	検討中					
1,000	240							
0								
100		○	健康課で作成予定					
10,332	65							
500	105							
2,000	100							
		○	東京法規出版					
50	120			○	ファイルは作成。パンフレットを購入（東京法規）			



介護保険制度と社会保障制度

問 合 せ の 内 容	評 価														包 括 支 援 セ ン タ ー 毎 の 評 価 ・																
	介護予防事業（市・委託共に）毎の評価・報告について																														
	研究班の案 (H18.2)の 項目を実施		(アウトプット評価) －各プログラム毎に					(ア ウ ト カ ム 評 価)							研究班の案 (H18.2)の 項目を実施		(プ ロ セ ス 指 標 実 績)														
	す る	し な い	検 討 中	開 催 回 数	登 録 者 数	参 加 者 数	修 了 者 数・ 割合	中 断 者 数・ 割合	継 続 者 数・ 割合	参 加 者 数	改 善 者 数・ 割合	Q O L 指 標 維 持・ 割合	主 観 的 健 康 感 維 持・ 割合	生 活 機 能 (基 本 チ ェ ッ ク リ ス ト 点 数) 維 持・ 改 善 者 数・ 割合	特 定 高 齢 者 で な く な っ た 者 の 数・ 割合	す る	し な い	検 討 中	高 齢 者 数 (A)	情 報 提 供 が あ っ た 路	経 路 (B)	介 護 予 防 ケ ア プ ラ ン の 作 成 に 至 っ た 高 齢 者 の 数	介 護 予 防 ケ ア プ ラ ン の 作 成 に 至 っ た 高 齢 者 の 割 合 (B/A)	高 齢 者 の 数 (C)	介 護 予 防 ケ ア プ ラ ン の 作 成 に 至 ら な か っ た 高 齢 者 の 数	理 由	至 ら な か っ た 高 齢 者 の 割 合 (C/A)	介 護 予 防 ケ ア プ ラ ン の 作 成 に 関 係 者 の 打 ち 合 わ せ を 行 っ た 高 齢 者 の 数 (D)	介 護 予 防 ケ ア プ ラ ン の 作 成 件 数 に 対 す る 割 合 (D/B)		
豊 中 市		○			○	○	○	○	○			○		○	○		○		○		○		○		○		○		○		○
池 田 市			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
吹 田 市	○																○														
高 槻 市			○	○		○	○	○	○			○	○					○	○			○									
茨 木 市				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
摂 津 市			○															○													
能 勢 町	○			○	○	○	○	○	○			○	○	○	○		○														
豊 能 町			○															○													
大 東 市				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
交 野 市	○			○	○		○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
箕 面 市	○			○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
八 尾 市				○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

事業										その他				
報 告 に つ い て														
(アウトプット評価)					(アウトカム評価)									
介護予防 マネジメント 実施件数	参加者 数	修了者数・ 割合	中断者数・ 割合	継続者数・ 割合	参加者 数	改善者数・ 割合	QOL指標 維持・改善 者数・割合	主観的健康 感維持・改 善者数・割 合	生活機能（基本 チェックリス ト点数）維持 ・改善者数・ 割合	特定高齢者で なく なつた者の数・ 割合	QOLについてどんな 項目を指標として取り 入れますか	研究班案以外で評価・ 報告としてとる項目が あれば教えてください	何か困っている点や 工夫をしている点があ りましたら教えてください	何かあればご記入くだ さい
○	○	○	○	○	○			○	○	○	QOLに関しては今年 度見合わせる。（今後 国から指標が明確にな れば年度途中からでも 実施）		○評価に関しては国か らの報告が求められ ていないことと、マ ネジメントや介護予 防事業の実施等に関 して流動的な部分が あるため、検討が不 十分な状況（一応研 究班（案）で指標が はっきりしているも ので数値的に確認で きるものについては 取っていくが…）	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	未定	未定		
○	○				○									
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	ある程度確立されて いるのが、「SF-8」の ツールと聞いているが、 詳細については未定	未定	評価事業に対する国か らの明確な考えが示さ れない中、各市での検 討を求められても判断 に迷うことが多い。ま た、特定高齢者は対象 者が少ないため、はた して評価事業として成 り立つかどうか疑問 である。	
											未定	未定	評価事業を行う十分な 体制がとれていない。	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	未定	なし	なし	評価については、まだ 具体的な検討には入れ ていません。
○		○	○	○	○		○	○	○	○	・現在は未定（参考と なるものが欲しい）。	・把握→選定→決定→ 事業実施へとすすむ 段階で、それぞれの 対象から外れる人数 とその理由について も把握していく予定 である。	・評価事業として報告 する項目について、 決定したものが早く 欲しい。	
○											○主観的健康感 ○社会参加 ○生活の楽しさ、会話 量の増減、前向きさ など、7項目程度	運動器の機能向上プロ グラム参加者には、体 力測定を教室前後に実 施し、数値の変化によ る評価を実施。		
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	検討中 平成18. 6. 9 第1回地域包括支援セ ンター介護予防に関す る意見交換会 一資料 7-2 継続的評価分析 支援事業の調査項目 （案）			

介護保険制度と社会保障制度

問 合 せ の 内 容	評 価														包 括 支 援 セ ン タ ー 毎 の 評 価 ・																								
	介護予防事業（市・委託共に）毎の評価・報告について																																						
	研究班の案 (H18.2)の 項目を実施		(アウトプット評価) －各プログラム毎に						(ア ウ ト カ ム 評 価)						研究班の案 (H18.2)の 項目を実施		(プ ロ セ ス 指 標 実 績)																						
す	し	検	開	登	参	修	中	継	参	改	改	主	点	生	な	特	す	し	検	高	情	経	作	介	に	介	高	作	介	理	至	介	行	時	介	作			
る	い	中	数	数	数	合	合	合	数	合	合	合	合	合	合	定	る	い	中	(A)	報	路	(B)	の	防	予	防	者	に	予	由	高	予	関	予	成			
富田林市			○													者			○																				
河内長野市	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	者	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
柏原市			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	者			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
羽曳野市			○													者			○																				
藤井寺市			○													者			○																				
大阪狭山市			○													者			○																				
河内町	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	者	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
千早赤阪村			○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	者			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
高石市			○													者			○																				
貝塚市			○													者			○																				
泉佐野市			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	者																							
泉南市																者																							
熊取町	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	者																							
岬町																者																							
くすのき 広域連合			○													者			○																				

地域支援事業（特定高齢者施策）等に係る実施状況等調査

事業											その他				
報 告 に つ い て											Q O Lについてどんな項目を指標として取り入れますか	研究班案以外で評価・報告としてとる項目があれば教えてください	何か困っている点や工夫をしている点がありましたら教えてください	何かあればご記入ください	
(アウトプット評価)					(アウトカム評価)										
マネジメント実施件数	介護予防ケア	参加者数	修了者数・割合	中断者数・割合	継続者数・割合	参加者数	改善者数・割合	Q O L指標維持・改善者数・割合	主観的健康感維持・改善者数・割合	生活機能（基本チェックリスト点数）維持・改善者数・割合					特定高齢者でなかった者の数・割合
○		○	○	○	○	○	○	○	○	○		移動、視力、聴力など15項目			
○		○	○	○	○	○	○	○	○	○			受診回数	時間が無い。	
															行政内部での評価事業実施体制について調整できていない。
														評価についてはまだまだ検討の段階で、他市の情報など知りたい。	
															評価事業については、特定高齢事業の実施にあわせて、これから検討する予定である。
○		○	○	○	○	○	○	○	○	○					
○		○	○	○	○	○		○	○	○					
												熟睡感の有無、ストレスの有無、趣味や楽しみの有無、相談する人の存在の有無、自分の目標を決める		早く確定した評価指標を示していただかないと、抜けたり、余計な集計をしていたりする何でも、市町村の実情に応じてというのが、評価指標は国や大阪府と比較するためには統一されていないと、市町村の実情は見えていません	
												検討中	検討中	(工夫点)運動器の機能向上の個別評価は、大阪体育大学に委託。運動器と口腔と栄養を一体的に多角的に評価する	

介護保険制度と社会保障制度一連続講座

(概要)

今般の介護保険制度の改正により、ホテルコストや介護予防事業が導入されたことに伴い、利用者・市町村（保険者）に大きな影響を及ぼすことになりました。

また、今後、高齢者保険の創設や生活保護制度などの改正も見込まれ、社会保障制度全体を見通した、制度設計や運営、利用者支援などを考えることが、自治体にとって重要な課題となっています。

この連続講座では、学識経験者や社会保障制度に詳しいコンサルタントなどをゲストスピーカーに迎え、今後の介護保険制度に重点をおきながら、社会保障制度のあり方などについて、自治体の役割を考えました。

(期間)

平成18年6月～平成18年10月（8回開催うち連続講座6回）

(指導助言者)

澤 井 勝 氏（奈良女子大学名誉教授）

(参加者名簿)

氏 名	市 町 村 名	担 当 部 局
脇 阪 万 貴	富 田 林 市	保健福祉部高齢介護課
清 水 一 二 三	柏 原 市	健康福祉部高齢介護課
重 村 吉 則	八 尾 市	保健福祉部高齢福祉課高齢介護基盤推進プロジェクトチーム
吉 川 尚 子	八 尾 市	保健福祉部高齢福祉課地域包括センター
藤 澤 吉 恵	八 尾 市	保健福祉部介護保険課
柚 木 利 徳	島 本 町	民生部高齢福祉課
梶 原 要 一	枚 方 市	健康部高齢社会室
藤 原 淑 子	摂 津 市	保健福祉部介護保険課
竹 本 和 倫	吹 田 市	福祉保健部高齢福祉推進室介護保険課
井 上 幸 子	守 口 市	福祉部高齢介護課
大 宅 智 代	茨 木 市	健康福祉部介護保険課
新 田 一 枝	大 阪 狭 山 市	保健福祉部高齢介護グループ

氏 名	市 町 村 名	担 当 部 局
宇佐美 恵 子	豊 中 市	健康福祉部高齢介護課
渡 辺 浩 一	羽 曳 野 市	保健福祉部高年介護課
岸 田 サカエ	大 東 市	福祉保健部リハビリテーション課
三 谷 優 子	四 條 畷 市	保健福祉部高齢福祉課

(オブザーバー)

氏 名	所 属	担 当 部 局
辻 野 一 郎	大 阪 府	高齢介護室介護支援課在宅支援グループ
杉 谷 和 教	大 阪 府	高齢介護室介護支援課企画調整グループ
真 崎 庸 子	大 阪 府	高齢介護室施設課施設整備グループ

**特別研究一連続講座
介護保険制度と社会保障制度**

平成19年3月発行

編集・発行：財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
〒540-0008

大阪市中央区大手前3-1-43
大阪府新別館南館6階

T E L 06-6920-4565

F A X 06-6920-4561

E-mail center-tr@masse.or.jp

協会HP <http://www.masse.or.jp/>